Rok XLIV. Kraków 9 Grudnia 1905. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie dyety karlsbadzkiej.

Podał

Dr. W. Moraczewski.

W numerze 46 „Przeglądu lekarskiego“ omawia E. Biernacki inowacye, wprowadzone w dyetetyce i zajmuje stanowisko zachowawcze, uważając słusznie, że nie należy rządzić się racyonalizmem i wnioskami, wysnutymi w laboratoryach, a tylko ufać empiryzmowi. — Chcę sprawę, założoną bardzo szeroko, umyślnie zacieśnić. Nie wdaję się w krytykę tego, ile nauka zawdzięcza doświadczeniom, robionym w laboratoryach, ani nie będę oceniać tego, o ile to, co przynoszą nam ustalone zasady, jest przesądem, czy prawdą. W wielu punktach trzeba Biernackiemu przyznać racyę i prawdopodobnie sam się domyśla, w których to punktach: wszędzie tam, gdzie Biernacki powiada, że nieudowodniono ani tego, że tylko czystość powietrza działa w górach, ani, że tylko ciepłota wody sprawia ulgę w cierpieniach dnawych (podagrycznych); miałbym ochotę dodać: ani tego, że czarne mięso szkodzi w dnie.

Poza tem zaprotestowałbym jaknajenergiczniej przeciwko przepisom Biernackiego i, nie owijając w bawełnę, — ponieważ do kolegów mówię, a nie do publiki, — powiem, że niema wcale dyety karlsbadzkiej, tak jak niema dyety szczawnickiej, krynickiej, kissingeńskiej, czy maryenbadzkiej. Są tylko dyety w chorobach i te obowiązują zarówno w domu, jak i w miejscu kąpielowem.

Że wielu ludziom więcej pomaga głodzenie, niż leczenie w miejscu kąpielowem, o tem nie wątpię, ale niechże Biernacki powie to wyraźnie. Dlaczego winić owoce, zamiast winić niepowściągliwość? Że wielu ludzi wymaga wielkiego aparatu, ostrożności, mierzenia kroków i t. p dziwactw, o tem także nie wątpię, więc mówmy o poddawaniu (sugestyi), ale nie o owocach. Że wreszcie obawa może wywołać zmiany w trawieniu i ruchu robaczkowym, o tem nawet nielekarze wiedzą, ale cóż tu owoce winny?

Biernacki uważa ser za rzecz szkodliwą. Przypomina mi to rozmowę jednego z najlepszych dyetetyków Europy, — właściciela sanatoryum, ze swoim trwożliwym pacyentem. Pozwolono choremu jeść ser; chory się przestraszył. Na to powiedział mu Pariser: mój panie, ser jest szkodliwy lub nie, to zależy od formy, w jakiej go pan jada. Ser tarty, jedzony na bułce z masłem, jest nieszkodliwy; ser źle gryziony i twardy może zaszkodzić. Oto wszystko. Nie jakość, ale ilość i forma stanowią o szkodliwości pokarmów. Tym, którzy skłonni są do odęcia i bolów, w domu i poza domem należy z zastrzeżeniem pozwalać na owoce. Pozwalać jeść owoce bynajmniej nie znaczy, żeby pozwalać każdemu i zawsze i w nieograniczonej ilości. Owoce i jarzyny są środkiem leczniczym, a nie obojętną przyjemnością. Owoce czasem trzeba dawać, a nie nie należy nigdy robić z tego jakiegoś sportu, jak to czynił nieostrożny znajomy Biernackiego.

A potem iluż to ludzi zupełnie zdrowych napotyka się u wód? Czy trzeba dla zachowania uroku źródła kłaść ich do łóżka i głodzić? Sądzę, że nie. Ilu ludzi niema w kiszkach żadnego *locus minoris resistentiae*, o którym mówi Biernacki, bo cierpią na łamanie w głowie, albo na rwę, albo na cukrzycę. Dodam mimochodem, że dla cukrzycy karlsbadzcy lekarze „starej daty“ robią wyjątek, bo trudno chorego inaczej wyżywić. Więc w cukrzycy wolno pić sprudel i jeść ogórki. Czy Biernacki o tem nie wie?

Wreszcie powiem, że wspieranie leczenia wodami dyetetyką, a zatem i owocową dyetą, jest rzeczą przed 15 laty przez Karola Dappera omówioną, a od tej pory przez tysiączne doświadczenia potwierdzoną; że żadne miejsce kąpielowe Niemiec z zakazem jedzenia owoców się nie liczy, że żaden z postępowych lekarzy karlsbadzkich z nią się nie liczy. Nie radzę Biernackiemu pisać tego artykułu po niemiecku. Wywody jego można przyjąć w formie ostrzeżenia [1]), w formie przestrogi, aby niektóry kolega rozumiejąc, że wszelki postęp polega na karmieniu owocami, nie dawał ich w zapaleniu ślepej kiszki, albo przy wrzodzie żołądka, żeby się pytał chorego, jak owoce znosi, żeby się liczył z indywidualnością Ileż jest snobizmu, przesady, mody w naszej kochanej medycynie. Przed tem niech Biernacki ostrzega, ale uważać dodatek owoców za szkodliwy tylko dlatego, że się przytem pije wodę z solą i ze śladami radu, argonu, helium i t. p.; — na takie przekonanie nie zgodzi się żaden empiryk, żaden racyonalista, lub jakkolwiekbądź zastanawiający się lekarz.

A czarne mięso, jarzyny, zawierające szczawiany, wątróbki cielęce i cały szereg mądrze obmyślanych, przez mikroskop stwierdzonych, przez rozkładanie zapomocą chlorku cynkowego wykazanych czynników? czyli to nie kwiatki racyonalizmu, którego Biernacki nie lubi? Możnaby napisać książkę o szkodliwym wpływie chemii na medycynę. — O wszystkiem tem choroba nie chce wiedzieć i oksaluryk nie wydziela więcej szczawianów po jarzynach, tylko mniej, a wszystkie kwasy nukleinowe i grupy purynowe nie przyprawią zdrowego o dnę, ani nie wywołają napadu u podagryka. Nie chciałbym, żeby Biernacki przypuszczał, że lekceważę zdobycze wiedzy, albo że za zbyteczne je uważam. Chcę, żeby się ich ślepo nie trzymać, ani empiryzmowi ślepo ufać, żeby obok nich słuchać innych doświadczeń

[1]) Ewald przemawiał w tym tonie na Kongresie balneologicznym.

i tego jedynego „tonu, co brzmi przez wszystkie tony dla tych, co w skupieniu słuchają“. Ileż razy sprawdzono w sanatoryach Noordena, po szpitalach i klinikach, że czarne mięso nie szkodzi? Dlaczegoż nie przypuścić, że większa wodnistość, większa zawartość soli, większa lekkość rzeczywiście stały się powodem przesady i przesądu, że resztę dokonało wszechmocne przyzwyczajenie? Wiadomo aż nadto dobrze, że po mlecznej kuracyi mięso źle bywa znoszone, że po białem mięsie czarne sprawia ciężkość. Dużo ludzi czarnego mięsa wcale nie znosi, ale to są wyjątki. Biernacki, który tak dobrze zna historyę medycyny, znajdzie pewnie niejeden przykład, w którym odrobina prawdy stała się opoką. Najnowsza chwila przywodzi jeden z wielu: mleczną dyetę w cierpieniach nerkowych uważano za specyficzną; teraz wiedzą, że to brak soli był czynnikiem głównym. Bardzo być może, że dużo jeszcze rzeczy jest w użyciu, w których powłoka pomaga, a nie treść.

Biernackiego artykuł jest z wielu względów pouczający i pożyteczny: raz jeszcze powtarzam, że w licznych punktach się godzę; ufam, że i ze mną w wielu zgodzi się Biernacki; ale to, co powiedziałem, tem stanowczej utrzymuję: każdy czynnik dyety ma być używany; przed żadnym nie godzi się cofać dlatego tylko, że zwyczaj go nie aprobuje. Usuwanie zaś z dyety czynnika tak ważnego, jak owoce, jarzyny, mięso czarne, — bez należytego powodu, jest pozbawianiem się środków leczniczych. Łatwiej będzie mi dowieść, dlaczego owoc „dobrze robi“, niż Biernackiemu wykazać, że „źle robi“, jeżeli jest właściwie przy wodach stosowany.

Obawiać się tego, że owoce zaszkodzić mogą 20-temu i porównywać je do zakazanej wody, jest zupełnie nieuzasadnione. Wszelkie bowiem nasze środki lecznicze są taką wodą i ani mleka, ani salicylowego kwasu, ani mięsa, ani chininy dawaćby nie można, bo są ludzie, co żadnego z tych ciał nie znoszą.

Chodzi o to, gdzie stawić granice i Biernacki, zdaniem mojem, zanadto je zacieśnia.

W polemikach zazwyczaj odpowiada się na to, czego przeciwnik nie mówił, nie mówiąc o tem, czego chciał dowieść. Sądzę, że Biernacki tej przewrotności u mnie nie dostrzeże, co niezaprzeczenie ułatwi porozumienie.

W odpowiedzi na powyższy artykuł nadesłał Dr. Biernacki następujące uwagi:

Z powodu artykułu kol. W. Moraczewskiego w sprawie dyety karlsbadzkiej zauważę, iż autor właściwie ciągle twierdzi, względnie energicznie protestuje, a nie dowodzi tego, czego dowieść by należało. Że przed 15 laty Dapper omówił „wspieranie“ leczenia wodami mineralnemi „dyetą owocową“, że Pariser powiedział, iż szkodliwość sera zależy tylko od formy, w jakiej go się podaje, że w sanatoryach Noordena, po klinikach i szpitalach stwierdzono, iż czarne mięso nie szkodzi (przy czem? *Ref.*) — wszak to wszystko nie są dowody, że surowizna, dalej ser, czarne mięso, wogóle brak dyety, o jakiej mówiłem, jest nietylko nieszkodliwym, ale nawet pożytecznym przy wodach karlsbadzkich. O to idzie w całej kwestyi i tę różnicę pojęć podkreślałem w swym artykule. A jaknajmniej przecież służyć może za dowód ta okoliczność, iż, jak twierdzi kol. Moraczewski, żadne (? *Ref.*) miejsce kąpielowe w Niemczech nie liczy się z zakazem jedzenia owoców, i nie liczy się z tem żaden z „postępowych“ lekarzy karlsbadzkich. Jeszcze przed kilku laty każdy „postępowy“ lekarz uważał za obowiązek lać w chorych (nawet w dzieci) alkohol przy każdej nadarzonej okazyi, przed kilkunastu — zwalczać za każdą cenę gorączkę lub karmić obficie chorych gorączkowych, — a obecnie nie wątpimy, że ta „postępowość“, — to był tylko ów snobizm, moda, o jakich wspomina kol. Moraczewski, — właśnie ten pseudoracyonalizm, doktrynerya terapeutyczna, o których ja mówiłem. „Postępowość“ w terapii, — niestety, — niezmiernie często bywa tylko tem, a nie postępem prawdziwym.

Nie przesądzam kwestyi, iż przy innych wodach mineralnych, — niekarlsbadzkich, — być może — ściślejsza dyeta mniej obowiązuje. Dopóki jednak faktem klinicznym jest i pozostaje, iż przy używaniu wód karlsbadzkich niezachowywanie przyjętej z dawna dyety, specyalnie używanie surowizn, sprowadzać może dość poważne rozstroje trawienia — i bynajmniej nie przez „nadużycie“, bynajmniej nie przez „strach“, — jak chce kol. Moraczewski, — wreszcie bynajmniej nie tylko u ludzi z cierpieniami przewodu pokarmowego, — jakby to sobie apriorystycznie stawiać można, — dopóty pozostanę w tym względzie „konserwatystą“, jak to szczegółowo uzasadniałem w swym artykule. Mógłbym zmienić zdanie, gdyby mi kto udowodnił, iż istotnie spożywanie surowizny przy karlsbadzkiej wodzie jest pożyteczne, że pożytek w tym kierunku przeważa ewentualną szkodliwość. Kol. Moraczewski twierdzi, iż od czasów pracy Dappera pożytek ten został „przez tysiączne doświadczenia“ potwierdzony. Przyznam się, nic jeszcze o tem nie słyszałem — i bardzo ciekaw jestem, w jaki to sposób udałoby się „dowieść“ kol. Moraczewskiemu, jak obiecuje, że przy karlsbadzkiej wodzie owoc „dobrze robi“, jeśli jest „właściwie“ stosowany. *E. Biernacki.*

* * *

II. Z kliniki laryngologicznej prof. Pieniążka w Krakowie.

Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Nowotwory.

Przy nowotworach tchawicy użył Killian tracheoskopii górnej trzechkrotnie, raz w celu rozpoznawczym, dwa razy usunięto nowotwór w tracheoskopie.

Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 35-letniej, która od 18 roku życia doznawała uczucia jakiegoś ciała obcego, usadowionego nisko w gardle, co ją zmuszało do kaszlu. Badanie lusterkiem wykazało w dolnej części tchawicy szereg tworów, które uważano albo za brodawkowate wyrośle, albo za skrzepy zaschłej wydzieliny. Dopiero tracheoskopia górna wykryła przyrodę cierpienia; był to wielokrotny kostniako-chrząstniak tchawicy.

Operował zaś Killian: 1) mięsaka, usadowionego w dolnej części tchawicy; użył do tego pętli kaustycznej, a do usunięcia podstawy nowotworu łyżeczki i żegadła; 2) wola wewnątrztchawicznego, usadowionego na wysokości 1 — 2 chrząstki; operacyi tej dokonał przy pomocy pętli kaustycznej.

Prócz tych dwóch przypadków Killiana, opisano zaledwie tylko parę przypadków nowotworów, operowanych przez usta i to albo przy pomocy lusterka krtaniowego lub kopystki Kirsteina. Najniższą siedzibą nowotworu był dziewiąty pierścień tchawicy; to było ostateczną granicą zabiegów przy metodzie Kirsteina. Coprawda, nowotwory tchawicy, a szczególnie złośliwe, należą do rzadkości; Bruns zdołał zebrać zaledwie 147 przypadków, z tych 102 nowotworów łagodnych, 45 złośliwych.

Sądząc z doświadczeń dotychczasowych, nabytych przy tracheo- i bronchoskopii górnej, używanej do różnych celów, metoda ta oddać może znakomite usługi, szczególnie w przypadkach ograniczonych łagodnych nowotworów tchawicy i oskrzeli. Tu należą włókniaki, brodawczaki, tłuszczaki, gruczolaki, wole śródtchawicze itd. Usunięcie ich przy tracheoskopii górnej będzie tem łatwiejsze, im bardziej nowotwór jest ograniczony. Szczególnie łatwo będzie usunąć nowotwory szypułkowe, jak brodawczaki, włókniaki. Nowotwory, usadowione na szerszej podstawie, płaskie, twarde, będzie już trudniej usuwać tym sposobem. Narzędzia, których wypadnie użyć, będą odpowiednio do przypadku różne: szczypczyki, łyżeczka, pętla, żegadło itp. Przeszkodą do usunięcia guzów tych zapomocą tracheoskopii górnej byłaby ich znaczna wielkość, wywołana przez nie znaczna duszność i możliwość krwotoku przy ich usuwaniu. W tych przypadkach prawdopodobnie nieraz będzie wskazaną tracheotomia. Jeżeli guzy usadowiły się w dolnej części tchawicy, to po tracheotomii znajdą się one poniżej otworu w tchawicy, a przez tracheotomię zyskamy tylko tyle, iż zbliżymy się do pola operacyjnego, przez co tak operacya sama, jak i tamowanie krwawienia, gdyby tego było potrzeba, będzie przy tracheoskopii dolnej ułatwione. Powinniśmy się nawet wogóle starać, aby guz pozostał poniżej otworu w tchawicy. W odpowiednich przypadkach przecinamy tchawicę na wysokości guza, wtedy mamy dostęp wprost do niego. Najniekorzystniej jest, gdy guz pozostanie powyżej otworu tracheotomijnego; wtedy musielibyśmy albo wykonać szersze rozcięcie tchawicy *(tracheofissura)*, albo przywróciwszy już choremu oddech swobodny, próbować operacyi zapomocą tracheoskopii górnej bez względu na dokonaną już tracheotomię. Tracheotomia poniżej guza byłaby wskazaną wtedy, gdy chory doznaje znacznej bardzo duszności i jest bardzo osłabiony, gdzie więc przedewszystkiem powinniśmy ratować chorego od uduszenia; możliwe to będzie przy guzach, wysoko usadowionych.

Usuwanie nowotworów złośliwych zapomocą tracheoskopii górnej wskazanem byłoby tylko wobec bardzo ograniczonej tj. guzowatej ich postaci, szczególnie zaś wobec guzów, osadzonych na szypułce; leczenie tym sposobem mogłoby lepsze dawać widoki przy mięsakach, niż przy rakach. W przypadkach guzów, których przyrodę z wejrzenia trudno ocenić, tracheoskopia oddać nam może tę ważną usługę, iż przy jej pomocy możemy wyciąć kawałki guza celem mikroskopowego zbadania.

Głównem zadaniem wobec nowotworów złośliwych, o ile ich czyto drogą chirurgiczną, tj. przez częściową resekcyę tchawicy, czy też zapomocą tracheo- lub bronchoskopii tak górnej, jak i dolnej, doszczętnie usunąć nie można, jest usunąć zwężenie. W przypadkach nowotworów rozlanych, tak pierwotnie, jak i następowo zajmujących tchawicę, będziemy się starać przedewszystkiem o otwarcie dróg oddechowych poniżej zwężenia. Przy nizkiem usadowieniu nowotworu, jakoteż przy nowotworze, zajmującym znaczną przestrzeń tchawicy, musi się otworzyć tchawicę ponad nowotworem, a niekiedy nawet w jego obrębie. Tracheoskopia dolna w tych przypadkach jest konieczna, gdyż nietylko pozwala nam ona uzyskać dokładny obraz zmian chorobowych, ale także usunąć zwężenie Wobec nowotworów guzowatych, zatykających światło tchawicy i oskrzeli tak, że rurki (kaniuli), usuwającej zwężenie, przez i poza nie przeprowadzić nie możemy, musimy najpierw usunąć masy nowotworowe. Do tego posłużą nam ostre szczypczyki, podobne do krtaniowych, łyżeczka, żegadło, a przy guzach szypułkowych pętla kaustyczna. W razie zatkania oskrzeli zabieg ten musi być tak samo wykonany w tracheo- lub bronchoskopie. Dopiero po usunięciu zwężenia wprowadzamy rurkę, której koniec dolny powinien przypaść poniżej nowotworu, co jednak przy zwężeniach dolnej części tchawicy lub oskrzeli jest oczywiście niewykonalne.

Zwężenia na tle nowotworowem usuwać możemy przy tracheoskopii dolnej albo u chorych siedzących, albo też leżących. Ułożenie na wznak wybieramy wtedy, gdy nowotwór, zajmując tchawicę na znacznej przestrzeni, wywołuje silne zwężenie, lub też wtedy, gdy obawiamy się silniejszego krwawienia podczas zabiegu operacyjnego. Używamy rurek (kaniul) zwykłych metalowych, długich kauczukowych Schrötterowskich, wreszcie elastycznych najrozmaitszej długości lub szerokości, z okienkiem lub też bez okienka, zależnie od tego, czy wyższa część tchawicy i krtani są drożne lub nie. Przy zakładaniu rurki (kaniuli) uważać musimy, by nie opierała się ona na samym klinie podziałowym tchawicy; sam klin, przytykając do światła kaniuli, wywołuje częściowe jej zwężenie, brzegi zaś kaniuli zwężają wejście do oskrzeli. Również zważać należy, by dolnego końca kaniuli nie zatykały masy nowotworowe. Przy opieraniu się rurki o klin występuje odruchowo silny kaszel. Rurki, zarówno zwykłe, jak, i to szczególnie, elastyczne, trzeba stosunkowo często zmieniać; wskazaniem do zmiany rurki jest pogorszenie się oddechu. Może ono mieć przyczynę albo w samej rurce, albo w tchawicy, albo w oskrzelach. Szczególnie w rurach długich, elastycznych, których ściana wewnętrzna nie jest zupełnie gładka, łatwo zasycha śluz, zwężając potem ich światło. Czasem wystarcza mechaniczne wyczyszczenie rury piórkiem albo wziewanie i to najlepiej roczczynu sody 2%; jeżeli mimo to zwężenie trwa, to rurkę musimy usunąć. Jeżeli przyczyna zwężenia leżała w rurce, to wraz z jej wyjęciem i zwężenie znika; w razie przeciwnym musimy szukać przyczyny w samej tchawicy. Przy rurach elastycznych długich, sięgających prawie do klina podziałowego, bardzo często przyczyną zwężenia bywa zaschły w bryły w samym dole tchawicy śluz; śluz ten albo przez wykrztuszenie po wyjęciu rurki może być wydalony, lub też w tracheoskopie mechanicznie kleszczykami usunięty. Przy rurkach długich okienkowych wysychanie bywa znacznie mniejsze, cza-

sem zupełnie go niema. W razie bujania nowotworu poniżej końca rurki, trzeba usunąć część mas nowotworowych, wywołujących zwężenie.

Złośliwe nowotwory tchawicy rzadko tylko wychodzą pierwotnie ze ścian tchawicy, i to częściej raki, niż mięsaki. Pierwotną ich siedzibą bywa zazwyczaj krtań, skąd szerzą się i rozrastają wzdłuż tchawicy, lub też sąsiedztwo tchawicy i oskrzeli. Przechodząc z krtani na tchawicę, zajmują one jej górną część, gdzie atoli w razie obecności rurki swobodnie rozrastać się nie mogą, tak że zwężenie powstaje w tych przypadkach dopiero poniżej dolnego końca rurki. Część górna tchawicy zajętą bywa także przy nowotworach, przechodzących tu z szyi, a mianowicie przy złośliwym wolu lub przy nowotworach gruczołów szyjnych. Rak krtani zająć może tchawicę także i przez samorodne przeszczepienie się *(autoinoculatio)*. Mianowicie Pieniążek spostrzegał trzy przypadki raków krtani, w których w pewien czas po tracheotomii rozwinęło się ognisko rakowe na tylnej ścianie tchawicy pod dolnym brzegiem rurki (kaniuli); ognisko to oddzielone było od ogniska rakowego krtani zupełnie zdrową błoną śluzową. Pierwotny rak krtani, przechodząc na tchawicę, zająć może w stosunkowo krótkim czasie całą jej długość, wywołując zwykle zwężenie poniżej rurki. Zwężenie to usunąć można tylko przy tracheoskopii dolnej; rurka ugniatając na masy nowotworowe, łatwo wywołać może odleżynę. Chorzy tacy mogą pomimo tego żyć stosunkowo dość długo; i tak spostrzegaliśmy przypadki, ciągnące się prawie dwa lata po tracheotomii, wykonanej z powodu nowotworowego zwężenia krtani. Nowotwory, nawet złośliwe, w postaci guzów zwężające światło tchawicy, możemy próbować usunąć przy tracheoskopii górnej; obejdziemy się wtedy może bez założenia rurki, która uciskając na miejsca naciekłe, wywołać może odleżynę. Możliwe to oczywiście będzie tylko przy guzach ograniczonych, nie wywołujących większego zwężenia i gdzie niema obawy silnego krwawienia.

Nowotwory następowe zwężają tchawicę, albo ugniatając ją od zewnątrz, albo też przebiwszy ściany tchawicy i bujając w jej świetle. W przeważnej liczbie przypadków nowotwór najpierw ugniata tchawicę, potem przechodzi na jej ściany. Przy rozlanych nowotworach ścian tchawicy, już samo nowotworowe ich zgrubienie wywołuje zwężenie światła tchawicy.

Nowotwory śródpiersia obok zwężenia tchawicy zwężać mogą także i oskrzela, i to również albo przez ucisk od zewnątrz, albo przechodząc na samą ścianę oskrzeli i wywołując jej zgrubienie lub bujając ku światłu. Przy ugnieceniu tchawicy, choćby w całej jej długości, wprowadzona rurka elastyczna, rozpychając ściany tchawicy, usuwa zwężenie. Tracheoskopia dostarcza nam tutaj wskazówek: nawet przy znacznych zwężeniach tchawicy tego rodzaju można tracheoskop łatwo przez miejsce zwężone przeprowadzić, przy lekkim już ucisku tracheoskopu rozsuwają się ściany tchawicy. W razie równoczesnego ugniecenia i nacieczenia, musimy naprzód starać się usunąć naciek. Chorzy muszą wtedy nosić rury elastyczne zwykle aż do śmierci, której powodem bywa charłactwo ogólne, przerzuty, lub zapalenie płuc. Jeżeli ugniecione są oba oskrzela, musimy wprowadzić rurkę (kaniulę) wprost do jednego z nich, by chory przynajmniej jednem płucem oddychał; w razie jednakowego ugniecenia obu oskrzeli, wprowadzić należy rurkę do prawego.

Usuwając cząstki guzów z tchawicy lub też z oskrzeli, możemy wywołać rozpad zgorzelinowy reszty nowotworu; takie usuwanie jest atoli jedynym sposobem, w jaki w pewnej chwili można ratować życie chorego.

W cierpieniach płuc użył Killian bronchoskopii górnej dwukrotnie:

a) U chorej, cierpiącej na nieżyt krtani i gruźlicę szczytu prawego (w plwocinie znaleziono prątki gruźlicze), a dającej się łatwo autoskopować, powiodło się wprowadzić bronchoskop do oskrzela płatu górnego; po usunięciu bryłki śluzu dostrzeżono zaczerwienienie błony śluzowej. Znaczenie tej bronchoskopii polegało tylko na tem, iż przekonano się, że bronchoskop nawet do oskrzela płatu górnego wprowadzić można. Zresztą sam Killian już po tym zabiegu ostrzega przed bronchoskopią przy gruźlicy płuc.

b) U 63-letniego człowieka, plującego krwią, wykazało badanie płuc: nieznaczne przytłumienie z przodu po stronie prawej w okolicy linii sutkowej, z tyłu ponad środkiem łopatki. Przy badaniu lusterkiem krtaniowem w godzinach rannych można było widzieć smugę krwawego śluzu, sięgającego od wcięcia międzynalewkowego aż do prawego oskrzela. Według badania bronchoskopem ognisko sprawy chorobowej (rak albo bąblowiec) znajdować się powinno w płacie dolnym, w oskrzelu bowiem odpowiedniem widać było skrzepłą krew. Sekcya wykazała ognisko rakowe w płacie górnym. Killian tłómaczy pomyłkę tem, iż oskrzele, prowadzące do płatu górnego nie zawsze odchodzi od pnia głównego wprost na zewnątrz, lecz także i skośnie ku dołowi tak, iż przy bronchoskopii gałąź tę można wziąść za gałąź, prowadzącą do płatu dolnego.

Dalsze wyzyskanie metody Killiana w tym kierunku może dać pewne dodatnie wyniki.

Zwężenia na tle twardzieli.

Podobnie, jak w innych narządach, tak i w tchawicy i oskrzelach może twardziel wystąpić w najrozmaitszej postaci; począwszy od guzka różowo zabarwionego, miękkiego, o powierzchni nierównej, brodawkowatej, silnie unaczynionego, aż do tkanki bliznowatej, spotyka się tu cały szereg przejść. Badania mikroskopowe zaś dowiodły, iż w pozornie prawidłowej lub też na oko nieżytowo zmienionej błonie śluzowej nieraz już istnieją zmiany twardzielowe. Zmiany te czasem nie przybierają postaci guzowatej, lecz szerząc się w błonie śluzowej jako nieznaczny, okiem niedostrzegalny, lub też pod obrazem zmian nieżytowych występujący naciek, przechodzą następowo szereg przeobrażeń, odpowiadających przeobrażeniom tkanki granulacyjnej, t. j. zamieniają się w tkankę łączną bliznowatą. Równocześnie ze zmianami w błonie śluzowej powstają także zmiany w nabłonku, który najpierw traci migawki, potem zaś traci cechy nabłonka wałeczkowatego, przechodząc stopniowo w nabłonek typowo płaski. Jako ostatni stopień tych przemian spotykamy wreszcie odrywanie się nabłonka od błony śluzowej, która pozostaje obnażoną. Jak szkodliwy wpływ muszą mieć te zmiany przedewszystkiem na akt oddychania, łatwo zrozumieć. Przemianą nabłonka migawkowego w płaski tłómaczy się silne zasychanie wydzieliny, która nieraz wielkimi strzępami pokrywa tchawicę, czasem znów tworzy poprostu bryły, zwężające lub nawet zatykające światło tchawicy.

Pojedynczy guzek, znamienny dla zmian twardzielowych, rzadko zdarza się w tchawicy, najczęściej na podniebieniu miękkiem, także w krtani. W tchawicy w przypadkach, przez nas spostrzeganych, zmiany pojawiały się zwykle albo w postaci szeregu guzków, jakby ziarniniaków (*granuloma*), lub też w postaci szarawego, mniej lub więcej płaskiego nacieku. Twory ziarninowe spotykamy przeważnie w przypadkach świeżych, i to zwykle usadowione na ścianie tylnej, której znaczną przestrzeń mogą zajmować; rzadziej już zajmują one tchawicę okrężnie lub jedną albo drugą boczną ścianę; w tej odmianie twardzieli naciek zwykle nie zajmuje większych części tchawicy. Wyrośle te są miękkie, czasem usadowione na szypułkach. Usunąć je łatwo; czasem już wprowadzenie tracheoskopu, a nawet rurki (kaniuli) wywołuje ich oderwanie się. Wyrośle te, o ile nie zostaną usunięte, po pewnym czasie kurczą się, bledną, twardnieją i zamieniają się w nierówny naciek. I tu wieloletnie spostrzeżenia na szeregu przypadków wykazują, iż u chorych, u których początkowo były powyższe zmiany (t. j. ziarninowe guzki), potem powstają nacieki mniej lub więcej rozlane, zajmujące czasem nawet całą tchawicę, przyczem obok nacieków spotykamy jeszcze postać guzkową, nie są to już jednak guzki o utkaniu miękkiem, brodawkowatem, lecz większe już guzy, czasem znacznej twardości; przy usuwaniu ich ostrą łyżeczką czuć czasem nawet jakby chrząstkowaty opór. Jako rzadszą odmianę spotykamy nacieki, występujące w postaci guzowatej o wejrzeniu galaretowatem, a przytem jednak twarde. Naciek taki sadowi się najczęściej na jednej z bocznych lub na tylnej ścianie tchawicy, rzadziej obejmuje ją okrężnie. Zmiany, mające postać nacieków, zajmują tchawicę albo na miejscu ograniczonem, t. j. pod postacią płaskiego, różnej wielkości guza, usadowionego zwykle na ścianie bocznej, albo łączą się one z postacią ziarninową i wtedy spotykamy je na ścianie tylnej, naciek zaś na bocznych, lub też odwrotnie; wreszcie naciek może zajmować jednostajnie całą lub większą część błony śluzowej tchawicy. Nacieki takie, szerząc się w kierunku poprzecznym i podłużnym, sprawiają albo jednostajne zgrubienie ścian, lub też obok zmian rozlanych spotykamy cały szereg listew, występujących albo na jednej ścianie w formie półksiężyca, okrężnie, lub też dzielących w najrozmaitszy sposób światło tchawicy. Zmiany te częściowo są już objawem zbliznowacenia i po usunięciu już zwykle nie powracają. Postać tę spostrzegaliśmy w trzech przypadkach; w głębi tchawicy widać było przegrodę, pozostawiającą mały otwór, na brzegach przegrody drobne wyrośle ziarninowe, sam zaś otwór przedzielony był jeszcze mostkiem.

Zwyrodnienie tkanki twardzielowej wywołuje dalszy szereg obrazów. Wskutek przeobrażania się ograniczonych nacieków w tkankę włóknistą guzy coraz mniej wystają ku światłu tchawicy, a zabarwienie ich powierzchni zmienia się odpowiednio do stopnia przeobrażeń. Za to nacieki, obejmujące mniej lub więcej okrężnie tchawicę, choć czasem i z początku czynią wrażenie listew o brzegu ostrym, zwężających światło tchawicy, to przecież wyraźnie stają się takiemi dopiero wtedy, gdy już nastąpi zbliznowacenie. Znamienne dla twardzieli są zmiany na klinie podziałowym tchawicy. Zmiany te są zupełnie typowe; takich zmian niespotykamy w żadnej innej chorobie. Najczęstszą postacią jest zgrubienie i rozpłaszczenie klina. Smukły, w postaci bladej listewki sterczący klin z wyraźnem pionowem prawie przejściem do oskrzeli, zmienia się nie do poznania. Zamiast niego spotykamy wał mniej lub więcej gruby, szarawo lub różowo zabarwiony; szczyt tego wału tępy, czasem prawie zupełnie płaski; brzegi przechodzą skośnie w ściany wewnętrzne oskrzeli tak, iż gdy w warunkach prawidłowych widać ścianę wewnętrzną oskrzeli, biegnącą w kierunku pionowym, jak w oskrzelu prawem, lub też pod kątem tępym, jak w oskrzelu lewem, to w twardzieli jest wewnętrzna ściana oskrzeli wskutek nacieku wzniesioną, zwróconą mniej lub więcej skośnie ku ścianom zewnętrznym oskrzeli, wprost dostępną dla oka, zakrywając równocześnie częściowo wejście do oskrzeli. Zmiany te polegają na jednostajnym nacieku w błonie śluzowej i podśluzowej. Postać to najczęstsza; rzadziej już spotykamy klin pokryty pojedynczymi guzkami ziarninowymi (granulacyami); bywa to szczególnie przy zmianach, obejmujących okrężnie wejście do oskrzeli. W tych przypadkach środek klina bywa zwykle jednostajnie naciekły, przedni zaś i tylny jego koniec pokryty drobnemi ziarninami. Na stole sekcyjnym wreszcie stwierdzamy, iż przy długotrwałych, a rozległych zmianach twardzielowych chrząstki tchawicy i oskrzeli ulegają zwapnieniu. Osadzanie się wapna spotykamy wreszcie w postaci pojedynczych chrząstniako-kostniaków przy łyżeczkowaniu tchawicy; takie chrząstniako-kostniaki usadowione bywają nietylko na ścianach bocznych, ale i na ścianie tylnej.

Częściowo naciekła, częściowo zbliznowaciała, przy równoczesnem zwapnieniu chrząstek, wygląda tchawica przy sekcyi jakby jednolita twarda cewa.

Zmiany w oskrzelach wyglądają rozmaicie; już samo znaczne zgrubienie klina musi miernie zwężać wejście do oskrzeli. Zdarza się dalej, iż wejścia do oskrzeli nie są okrągławe, lecz podłużne, szczelinowate; wywołane to bywa zwykle naciekiem bocznych ścian tchawicy, schodzącym mniej lub więcej nizko w głąb oskrzeli. Postać ta występuje wybitniej w oskrzelu lewem, niż w prawem. Naciek bocznej lewej ściany tchawicy może zupełnie nawet zasłaniać wejście do oskrzela lewego, które wtedy albo zupełnie jest niewidoczne, lub też dopiero przy odpowiedniem nachyleniu głowy i ciała. Zwężenia znaczniejsze są wywołane zwykle naciekiem okrężnym; naciek ten jest albo jednostajny o powierzchni płaskiej, lub też składa się z pojedynczych guzków ziarninowych i wtedy obejmuje on także i końce klina. Zabiegi lecznicze, zmierzające do usunięcia zwężenia, wywołują wytwarzanie się blizn, które tak przy wejściu do oskrzeli głównych, jak i drugorzędnych, mogą, występując okrężnie, sprawiać następowe zwężenie. Zmiany w głębi oskrzeli cechują się naciekiem przeważnie jednostajnym; czasem wśród tego nacieku zauważyć można, szczególnie w okresach późniejszych, twarde guzki. Oskrzela drugorzędne najczęściej żadnym zmianom nie ulegają; czasem są one jednostajnie naciekłe, w razie zwężenia zaś wejścia do nich — rozszerzone.

Jako zmiana pierwotna zdarza się twardziel tchawicy tylko wyjątkowo. Na blisko 200 przypadków, spostrzeganych u nas, widzieliśmy pierwotną twardziel tchawicy zaledwie trzy razy. Dwa przypadki usunęły się po wyleczeniu z dalszej obserwacyi, w trzecim po kilku latach wystąpiły zmiany w nosie, a potem i w krtani. Zmiany miały następujące cechy: 1) w przypadku pierwszym naciek, złożony z pojedynczych ziarnin, obejmujący okrężnie tchawicę, światło

zwężenia okrągłe o nierównych brzegach; 2) w przypadku drugim u dziewczyny 13-letniej zwężenie podwójne; oba zwężenia w postaci pierścienia, złożonego z pojedynczych ziarnin; pierwsze zwężenie było znaczne, pozostawiało szparę oddechową zaledwie wielkości groszku; 3) w trzecim wreszcie przypadku blizna, w postaci pierścienia zwężająca tchawicę.

Zwykle obok zmian w tchawicy i oskrzelach spotykamy nacieki lub blizny w nosie, gardle, krtani. W jednym przypadku spostrzegaliśmy zmiany w nosie, w krtani, a potem aż dopiero przy wejściu do oskrzeli pod postacią zgrubienia klina, tchawica zaś nie była wcale zmieniona. W innym przypadku były zmiany tylko w nosie i tchawicy. Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli na tle twardzielowem zależy od ich siedziby, rodzaju zmian, ich rozległości, od wielkości zwężenia i od tego, czy równocześnie zajęta jest krtań i w jakim stopniu. Tracheo- i bronchoskopii górnej używamy tutaj nietylko w celu leczniczym, lecz i rozpoznawczym. Nieraz dopiero w tracheo- i bronchoskopie ocenić możemy, czy zmiany usunąć się dadzą przy pomocy tracheo- i bronchoskopii górnej, czy dolnej. Przeciwwskazaniem do tracheo- i bronchoskopii górnej byłyby oprócz przeciwwskazań ogólnych, wymienionych na wstępie tej pracy, zwężenia krtani. Znaczne zwężenie krtani wymaga wprost tracheotomii. Przy zwężeniach średniego stopnia wskazanie lub przeciwwskazanie zależy od charakteru zmian; i tak: rozlane nacieki wejścia do krtani, a nawet zgrubienia guzowate, nacieki samych więzadeł prawdziwych, nie stanowią przeciwwskazania, krtań przy tej postaci zmian znosi wprowadzenie tracheoskopu bez odczynu; powstaje on atoli łatwo przy naciekach podwięzadłowych, mających postać t. zw. *chorditis vocalis inferior*.

I tak u pewnej chorej, u której szmer zwężenia nie odpowiadał zmianom krtani, występującym pod postacią wałków podwięzadłowych, przystąpiłem do tracheoskopii górnej. Zapomocą tego zabiegu stwierdziłem w głębi tchawicy masy zaschniętego śluzu, które mechanicznie szczypczykami usunąłem. Przez pewien czas po tym zabiegu oddech swobodny, lepszy niż przedtem; nagle po godzinie powstała duszność tak szybko i tak znaczna, że na nieprzytomnej już chorej musiałem wykonać tracheotomię.

Pod tym względem mniejszem niebezpieczeństwem grożą płaskie nacieki podwięzadłowe o powierzchni nieco nierównej. Nacieki takie bywają zwykle starszej daty, a w razach tych toczy się już sprawa wsteczna, t. j. zamiana tkanki twardzielowej komórkowej w włóknistą i bliznowatą. Ziarnina, usadowiona już to na więzadłach rzekomych, już to prawdziwych, już to pod niemi, szczególnie w kącie przednim, nie stanowi przeciwwskazania. Wprowadzenie tracheoskopu, wywołując oderwanie się pojedynczych guzków od podstawy, działa równocześnie rozszerzająco. Taksamo i blizny, które w postaci płetw zwężają światło krtani, oddziaływają tylko nieznacznie na wprowadzenie tracheoskopu, nawet wtedy, gdy je, wprowadzając tracheoskop, przerwiemy. Blizny takie napotykamy najczęściej po usunięciu zgrubień podwięzadłowych przy rozcięciu krtani (*laryngofissura*). Mogą one wytworzyć się także samorodnie wskutek dalszej przemiany komórkowej tkanki twardzielowej w tkankę bliznowatą. Owszem przerwanie takiej płetwy rozszerza światło krtani. Wynik bywa lepszy przy płetwach cienkich; przy grubych większą jest obawa następowego obrzmienia.

Jeśli więc albo w krtani niema zmian, lub też zmiany tchawicy są tego rodzaju, iż tracheo- i bronchoskopia bezpośrednia nie jest przeciwwskazaną, to powinna być wykonana i w celu rozpoznawczym, o ile badanie lusterkiem nie daje nam zupełnie dokładnego obrazu choroby.

Czy samo znaczne zwężenie tchawicy będzie przeciwwskazaniem? Sądzę, że nie, chyba gdyby chory był bardzo osłabiony, lub gdyby przypuszczać można, iż tracheotomii nie unikniemy. Tracheo- a w razie potrzeby i bronchoskopia górna pozwoli nam nieraz w tych przypadkach uniknąć tracheotomii. (C. d. n.)

III. Uodpornianie czynne przeciw cholerze.

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

Zarządzający Laboratoryum sanitarnem miejskiem w Łodzi.

(Dokończenie).

Prócz 41 przytoczonych powyżej szczepień z określaniem bakteryolizyn i aglutynin, wykonałem do 1 października r. b. 312 trzykrotnych szczepień przeciwcholerycznych metodą Kollego, w których stale mi pomagali moi pomocnicy kol J. Grabowski, studenci R. Gloger, W. Kohn i B. Czaplicki. Z wyjątkiem 14 zamożniejszych osób, resztę szczepiono bezpłatnie. Każdej uodparnianej osoby notujemy nazwisko, adres, wiek, wagę, zajęcie i stan, czy jedną, czy też kilka osób szczepiono w tejże rodzinie, oddziaływanie miejscowe i ogólne, dawkowanie; przytaczać cały spis wszystkich szczepionych uważam tu za bezcelowe. Ujemnych poważnych następstw nie zauważyłem ani razu; odczyn był przeważnie miejscowy, rzadziej ogólny w słabym stopniu. W jednym tylko przypadku (kol. M.) nastąpiła nazajutrz po 1-szem szczepieniu ($^1/_2$ ctm. sześć. Kolle) 39°*t* i silna biegunka, ale po bliższem zbadaniu okazało się, że lekka biegunka trwała już przedtem w ciągu kilku dni, o czem nie byłem powiadomiony; z zasady bowiem stale pytam się o ten szczegół każdego uodparnianego i w razie biegunki i podniesionej ciepłoty wstrzymuję się od szczepienia. Co do zajęć, — to najwięcej poddawali się szczepieniu uczniowie szkół, następnie lekarze i ich rodziny, studenci i robotnicy, mniej — urzędnicy. Co do wieku szczepiłem — 3 dzieci 5-letnich, 4—6-letnich, dalej 11 osób w wieku 7 lat, 14 — 8, 21 — 9, 36 — 10, 32 — 11, 38 — 12, 30 — 13, 13 — 14, 6 — 15, 5 — 16, 5 — 17, 9 — 18, 8 — 19, 5 — 20, 14 — 21, 19 — 22, 1 — 23, 7 — 24, 8 — 26, 2 — 27, 10 — 28, 1 — 29, 5 — 30, 2 — 31, 3 — 32, 4 — 33, 1 — 34, 1 — 35, 1 — 36, 4 — 37, 2 — 38, 2 — 39, 1 — 40, 2 — 43, 1 — 44, 2 — 45, 2 — 46, 2 — 47, 1 — 52, 1 osobę — 56 lat.

Wyżej podane miano aglutynacyjne krwi określałem u 41 osób podług następującej opracowanej przezemnie tablicy (Patrz tabl. VI).

Zamiast wykonywania aglutynacyi we wszystkich 36 probówkach, przeważnie wystarcza do tego celu rozcieńczenie w probówkach 1, 2, 3, 6, 11, 15, 20, 25 i 29. Do aglutynacyi przy mniejszych rozcieńczeniach opracowałem następującą tablicę (Patrz tabl. VII).

Ciekawe spostrzeżenia i doświadczenia ogłosił w roku bieżącym kol. L. Karwacki[18]), który wespół z kol. Żu-

[18]) Medycyna. 1905.

rakowskim wzięli na siebie zadanie zaopatrzenia Królestwa Polskiego w dostateczną ilość szczepionek. Karwacki u 8 szczepionych osób zbadał krew na bakteryolizyny i aglutyniny trzykrotnie: przed szczepieniem, w 5 dni po pierwszem i w 10 dni po drugiem szczepieniu. Bakteryobójcze własności określał zapomocą objawu Pfeiffera, uważając

Tablica VI.

Aglutynacya (2.5 ccm).

Surowica:
$A = 1$ surowica $+ 39$ NaCl
$B = 5\ A + 45$ NaCl
$C = 5\ B + 45$ NaCl
$D = 5\ C + 45$ NaCl

Nr.	Solutio	Serum	NaCl	Emuls. bact.	Nr.	Solutio	Serum	NaCl	Emuls. bact
1	1:50	2 *A*	0	0.5ccm	19	4000	0.25 *B*	1.75	0.5ccm
2	100	1 *A*	1	"	20	5000	2 *C*	0	"
3	200	0.5 *A*	1.5	"	21	6000	1.6 *C*	0.4	"
4	300	0.33 *A*	1.67	"	22	7000	1.4 *C*	0.6	"
5	400	0.25 *A*	1.75	"	23	8000	1.[illegible] *C*	0.8	"
6	500	2 *B*	0	"	24	9000	1.1 *C*	0.9	"
7	600	1.6 *B*	0.4	"	25	10000	1 *C*	1.0	"
8	700	1.4 *B*	0.6	"	26	12000	0.8 *C*	1.2	"
9	800	1.2 *B*	0.8	"	27	15000	0.66 *C*	1.34	"
10	900	1.1 *B*	0.9	"	28	18000	0.55 *C*	1.48	"
11	1000	1 *B*	1.0	"	29	20000	0.5 *C*	1.5	"
12	1200	0.8 *B*	1.2	"	30	25000	0.4 *C*	1.6	"
13	1500	0.66 *B*	1.34	"	31	30000	0.33 *C*	1.67	"
14	1800	0.55 *B*	1.45	"	32	35000	0.28 *C*	1.72	"
15	2000	0.5 *B*	1.5	"	33	[illegible]0000	0.25 *C*	1.75	"
16	2500	0.4 *B*	1.6	"	34	50000	2 *D*	0	"
11	3000	0.33 *B*	1.67	"	35	60000	1.6 *D*	0.4	"
18	3500	0.28 *B*	1.72	"	36	70000	1.4 *D*	0.6	"

memento: kontrola surowicy, NaCl i zawiesiny!

Tablica VII.

Aglutynacya (0.5 ccm).

Surowica:
$A = 0.1$ surowica $+ 0.9$ NaCl
$B = 0.1\ A + 0.9$ NaCl

Nr.	Solutio	Serum	NaCl	Emulsio bacter.
1	1 : 10	0.05 ser.	0.35	0.1 ccm
2	1 : 20	0.25 *A*	0.15	"
3	1 : 40	0.125 *A*	0.275	"
4	1 : 80	0.06 *A*	0.34	"
5	1 : 125	0.4 *B*	0	"
6	1 : 250	0.2 *B*	0.2	"
7	1 : 500	0.1 *B*	0.3	"
8	kontrola	0	0.4	"

za dodatni wynik tylko taki przypadek, gdzie albo wszystkie albo przynajmniej $^9/_{10}$ wszystkich przecinków były zamienione w ziarna; 0·5 surowicy, dającej dodatni objaw Pfeiffera, K. nazwał „jednostką bakteryobójczą“, a przy rozcieńczeniu 1:10 nazywa 10 jednostkami, przy 1:1000 — 1000 jednostek bakteryolitycznych. Otóż podczas gdy przed szczepieniem siła bakteryobójcza krwi wyrażała się najwyżej jednostką i to nie u wszystkich, po pierwszem szczepieniu zdolność ta spotęgowała się do 50, a w 10 dni po drugiem do 2000—2500—5000, nawet 10000 jednostek. Wysoki stopień odporności, — zdaniem Karwackiego, — powstaje dopiero po szczepieniu dwukrotnem, a dla osiągnięcia najwyższego stopnia odporności uważa za możliwe stosować szczepienie trzykrotnie. Jak widzieliśmy powyżej, moje doświadczenia w zupełności potwierdzają tę ostatnią możliwość. Aglutynacyjne miano po drugiem szczepieniu K. znalazł: 1:30, 50, 120, 150, 300, 350 i 400.

Również w roku bieżącym E. Friedberger i C. Moreschi[19]) wykonali szereg badań w celu sprawdzenia, jaki wpływ na skutek szczepienia wywrzeć może sam sposób przygotowania szczepionek przeciwcholerycznych i przeciwdżumowych. Z wyjątkiem zbyt wysokiego ogrzewania bakteryi do 150° lub zabijania ich zapomocą chloroformu, różne sposoby szczepienia dawały prawie jednakowe wyniki, niezależnie od tego, czy hodowle były zabite przy 60°, czy wysuszone bakterye ogrzewane do 120°; nawet wielokrotne ogrzewanie i zamrażanie zabitych metodą Kollego bakteryi nie powoduje wyraźnych różnic w wytwarzaniu niweczników. Upada więc zarzut, czyniony przez krytyków, jakoby szczepienia ochronne przeciw cholerze nie przekroczyły zakresu doświadczeń: przeciwnie, stały się one już metodą naukowo uzasadnioną i doświadczalnie stwierdzoną.

Powyższe różne metody szczepienia mają niektóre strony ujemne, do których można zaliczyć niepewność co do czasu, jak długo trwa odporność (około roku), a co do wolnych chwytników (receptorów) typu Neisser-Shiga potrzebę użycia do szczepień zbyt dużego materyału. Niektórzy autorowie oznaczają czas trwania odporności na jeden rok, inni na 6 miesięcy. W każdym razie otrzymane pomyślne wyniki, niezależne ani od czasu, miejsca, gdzie odbywały się szczepienia, ani nawet od metodyki, zalecają zastosować je przynajmniej wśród personalu lekarskiego i sanitarnego, a u nas — w Królestwie Polskiem, gdzie t. zw. walka z cholerą odbywa się właściwie tylko na papierze, — należałoby zastosować na szerszą skalę szczepienie zapobiegawcze wśród ludności, co w każdym razie należy wykonywać bezpłatnie. Szczepienie jest zupełnie nieszkodliwe, bo nawet żywe mętwiki choleryczne giną szybko pod skórą.

Co się tyczy techniki, to szczepienia podskórne wykonywa się albo na plecach pod łopatką, albo na lewej ręce w okolicy mięśnia naramiennego, po uprzedniem obmyciu skóry mydłem i karbolem (3%), wyskokiem i eterem; ostatni wacik z eterem pozostaje na miejscu, gdzie ma być ukłucie. Strzykawkę z asbestowym lub lepiej szklanym tłokiem, objętości 1 ctm^3 z kilku igłami cienkiemi, niezbyt długiemi, wygotowuje się 10 minut w wodzie z sodą. Po wprowadzeniu szczepionki jednej osobie (igłę kierując z góry na dół dla usunięcia pęcherzyków powietrznych), odejmuje się igłę ze strzykawki pincetką i wrzuca do gorącego roztworu sody, nakłada się świeżą dla następnej osoby i t. d. Otwarte flaszeczki czy ampułki należy zużytkować odrazu, nie zostawiać na później. Miejsce ukłucia należy przykryć wacikiem, który przytrzymuje sam szczepiony w ciągu kilku minut. Szczepień powinno być nie mniej niż dwa, lepiej trzy z przerwami 5-dniowemi, o ile oddziaływanie już zniknęło: pierwsze wstrzyknięcie $^1/_2$ cm. sześć.; dawkowanie 2-ej i 3-ej szczepionki warunkuje się odczynem po pierwszej. Nie można szczepić dzieci do 2 lat (albo co najwyżej najmniejszą dawkę $^1/_{10}$ dawki dorosłych), starców ponad 60 lat, a także nie można podczas epidemii szczepić takim osobom, które cierpią na rozstrój żołądka i kiszek, lub mają podniesioną ciepłotę; kobietom szczepi się o $^1/_4$ mniej, niż mężczyznom, dzieciom stosownie do wieku $^1/_4$—$^1/_2$ dawki dorosłych; przy powtórnem zaś szczepieniu dawka powiększa się o $1^1/_2$ razy;

[19]) Central. f. Bakteriol. 1905. XXXIX, 4, str. 453.

u osób z dużym pokładem tłuszczowym szczepienia lepiej jest wykonywać na plecach, a nie na ręce. Moje własne doświadczenia potwierdzają w zupełności wnioski Kollego, że wprowadzenie możliwie największej dawki zabitej hodowli daje najlepszy wynik i najdłużej trwającą odporność; wielokrotne szczepienia podnoszą odporność i jej trwałość; w pierwszych dniach po każdem wstrzyknięciu następuje początkowo osłabienie bakteryobójczej siły krwi szczepionych, t. zw. „okres ujemny“. Nie można zalecać zbyt małych dawek, jak to radzili dawniej Bassenge i Rimpau, a w nowszych czasach Friedberger i Moreschi *(l. cit.)*.

Widzimy więc aż nadto, że szczepienia ochronne przeciw cholerze nietylko przekroczyły zakres doświadczeń, lecz stały się metodą, naukowo uzasadnioną, doświadczalnie stwierdzoną. Co do wyników statystycznych, to choć zgodnie autorowie ostatnich lat dochodzą na mocy rozległej statystyki do wniosku, przyznającego skuteczność szczepieniom ochronnym i zupełną ich nieszkodliwość, należy statystyczne wyniki przyjąć z zastrzeżeniem. Hawkin przypuszczał, że drogą czynnego uodpornienia można będzie zwalczyć cholerę w jej endemicznem ognisku — Indyach, ale trudności napotkał w religijnych, społecznych i miejscowych stosunkach tak, iż z pośród 40 tysięcy osób szczepionych zaledwie $1/3$ część poddała się powtórnemu szczepieniu. Takież same trudności napotkali badacze i w innych krajach; to samo wreszcie stoi na przeszkodzie rozpowszechnieniu szczepień ochronnych w Królestwie Polskiem, gdzie ludność nie rozumie znaczenia, ani doniosłości tego zabiegu, zwłaszcza u nas niezbędnego. Przy takich warunkach ani jeden kraj, ani jeden badacz nie może się poszczycić ścisłą dowodową statystyką, w której brać należy w rachubę długi szereg nieuchwytnych czynników, jako-to: natężenie epidemii i falisty jej przebieg, zmienną zjadliwość zarazka, trwałość epidemii w poszczególnych miejscowościach (od kilku tygodni do kilku lat) i przyczyny tej trwałości, niejednakowe warunki sanitarne i ekonomiczne miejscowości, nawiedzonych cholerą, różnice stanowe ludności, wiek, zajęcia, dawki i czas szczepienia, wreszcie i t. zw. „autowakcynacyę“, nie poddającą się najmniejszej kontroli. Zupełnemu wygaśnięciu epidemii, resp. wyginięciu mętwików cholerycznych w pewnej miejscowości, stale poprzedza osłabienie ich, które wyraża się przez zmniejszony odsetek śmiertelnych przypadków i osłabioną zdolność rozszerzania się zarazy. Pewien udział w tem zjawisku można przypisać nabytej odporności ludności. W Indyach już dawno spostrzeżono następującą okresowość w szerzeniu się epidemii cholery, która rozszerza się z właściwych ognisk co trzy, rzadziej co dwa lub cztery lata; w pierwszym roku bywa silna epidemia, w następnym słabsza, w trzecim ginie; znów silna i t. d. Taką okresowość można sobie wytłómaczyć niedługotrwałem nabytem uodpornieniem ludności. Podobny falisty przebieg spostrzega się i podczas innych epidemii, n. p. błonicy. Nabyta odporność dotyczy, być może, nietylko osób, które przebyły cholerę, lecz i takich też, które miały w sobie zarazki bez wszelkiego widocznego rozstroju zdrowia.

Druga przyczyna osłabienia i ostatecznego wygaśnięcia epidemii polega na zwyrodnieniu i osłabieniu samych mętwików cholerycznych, w których można zauważyć wielką skłonność do zwyrodnienia, tworzenia nowych modyfikacyi i ras, utraty zasadniczych swoich właściwości, jako-to zjadliwości i skupiania się pod wpływem surowicy swoistej.

Nie przytaczając szczegółowo dla wyżej wspomnianych powodów statystyk, zestawionych przez Kollego, Powella, Hawkina, Złatogorowa, Murata i in., można ogólnie wyprowadzić ten wniosek, że szczepienia przeciwcholeryczne zmniejszają liczbę zachorowań o 5 razy, a śmiertelność o 4 razy, znacznie osłabiając przebieg choroby. Wszelkim statystycznym danym można zrobić ten zasadniczy zarzut, że pomimo ostrożnego grupowania liczb nigdy nie można być pewnym, czy szczepienia odbyły się równomiernie w różnych miejscowościach i czy uodpornieni podlegali zakażeniu w tym stopniu, co i nieszczepieni. Ciekawe co do wyników są niektóre spostrzeżenia Murata: 1) w miejscowościach Akao i Sagoshi uodporniono mieszkańców; pomimo, że ci ostatni mieli bardzo ożywione stosunki z Okagama, gdzie panowała bardzo silna epidemia, wśród szczepionych nie było ani jednego zachorowania. 2) Wśród pracujących w pewnym zakładzie uodporniono 156 osób, 3 nie szczepiono; z pośród pierwszych nikt nie zachorował, a między ostatnimi był jeden śmiertelny przypadek cholery. 3) W pewnem ograniczonem miejscu miasta Samuto na 100 znajdujących się tam mieszkańców 99 uodporniono i ci pozostali zdrowi, 1 nieszczepiony zachorował. 4) W jednej rodzinie, w której wszyscy byli szczepieni z wyjątkiem pani domu, tylko ta ostatnia zapadła na cholerę.

Krótkotrwałą odporność przeciw cholerze da się osiągnąć i drogą bierną przez wprowadzenie zdrowym ludziom lub zwierzętom surowicy z osób, które przebyły cholerę, lub z czynnie uodpornionych zwierząt. Pierwszy Lazarus w 1892 roku opracował metodę biernego uodpornienia świnek morskich; używał do tego celu surowicy ozdrowieńców i znalazł, że 0.0001 cm. sześc. zabezpiecza świnkę w ciągu najbliższej doby od wewnątrzotrzewnego zakażenia, ale nawet duże dawki nie mają zgoła działania, jeżeli zakażenie już nastąpiło. Według Wassermanna, surowica ozdrowieńców po cholerze w 2 dni po chorobie niema żadnych własności uodporniających, w 4 tygodnie zaś później $1/10$ mgr. zabezpiecza świnkę, a w 7 tygodni siła surowicy jeszcze wzrasta dziesięciokrotnie.

Z badań bardzo wielu autorów wynika, że wartość uodporniająca surowicy do pewnego stopnia postępuje równolegle do siły biernego uodpornienia zwierzęcia, od którego pochodzi surowica. Najwyższą wartość otrzymał Pfeiffer u kóz, które postępowo biernie uodpornił tak wysoko, że 0.0001 surowicy wystarczało do zabezpieczenia świnki morskiej od wewnątrzotrzewnego zakażenia dawką, 10-krotnie większą ponad śmiertelną. Nie przytaczając bardzo wielu badań i prób biernego uodpornienia, można wnioskować, że w przeciwstawieniu do czynnego, bierne uodpornienie, nawet po wprowadzeniu dużej ilości surowicy wysokowartościowej, wywołuje krótkotrwałą, szybko mijającą odporność. Surowica czynnie uodpornionych zwierząt i ludzi posiada swoiste bakteryolityczne, ale nie antytoksyczne własności. Jeżeli w pół godziny po wewnątrzotrzewnem zakażeniu 1 uszkiem zjadliwej hodowli cholerycznej wprowadzić wysokowartościową surowicę, to jeszcze następuje szybkie rozpuszczenie mętwików, ale w $1^1/_2$ godziny po zakażeniu nawet dwie dawki surowicy nie mogą uratować zwierzęcia. Wobec tego praktyczne zastosowanie biernego uodpornienia u chorych ludzi obecnie nie może być jeszcze wielkie, zwłaszcza wobec szybkiego przebiegu cholery. Próby lecznicze zapomocą su-

rowicy okazały się, jak dotychczas, nietylko bezpożyteczne, ale nawet w wielu przypadkach szkodliwe wskutek nagłego rozpadu masy mętwików i szybkiego wchłonienia przez ustrój nadmiaru uwolnionych endotoksyn. Terapeutyczna wartość surowic t. zw. „antytoksycznych“, wypróbowana w Indyach, dała dotychczas ujemne wyniki w cholerze.

Zatem na razie poprzestać musimy na czynnem szczepieniu ochronnem, które w takim razie osiągnąć może swój skutek, jeżeli stosowane będzie zbiorowo: obowiązkiem każdego światłego obywatela jest jak najusilniej zachęcać do szczepień masowych dobrowolnych — zwłaszcza tam, gdzie niema mowy o zaprowadzeniu jakichkolwiek sanitarnych porządków. W Królestwie Polskiem ma więc wakcynacya większą racyę bytu, niż n. p. w Prusach. Pierwsze szczepienia w Królestwie Polskiem rozpoczęto w Łodzi, następnie w ślad poszły Parczew, siedl. gub. (Dr. Kaczyński), Kielce (Dr. Jabłoński), Tuszyn (Dr. Skalski), Ozorków (Dr. Goldenberg), Piotrków (Dr. Marcinkowski) i in. Szczepionkę przeciwcholeryczną w ostatnich czasach zaczęli wyrabiać Karwacki i Żurakowski w Warszawie, Bujwid w Krakowie.

Do jakiego stopnia potrzebne są u nas zbiorowe szczepienia przeciw cholerze, za jaskrawy przykład może służyć choćby Łódź, w której dotychczas bakteryologicznie stwierdziłem 27 przypadków cholery, w tej liczbie 13 śmiertelnych, nie licząc kilkudziesięciu podejrzanych, a nie stwierdzonych (nie badanych). T. zw. „walka z cholerą“ toleruje u nas wywożenie nieczystości kloacznych z całego miasta na puste place w obrębie miasta; doły ustępowe, ani beczki nie podlegają wcale odkażaniu; wywóz odbywa się przeważnie w otwartych nieszczelnych beczkach, napełnionych czerpakami; sporadyczne przypadki cholery zdarzają się głównie w pobliżu miejsc, gdzie wywożone są nieczystości kloaczne; do otwartych rynsztoków wylewa się z każdego domu wody ściekowe, nie odkażone, z pralni, kuchni, obór, stajen, a w niektórych domach i z ustępów; studnie nie tylko prywatne, ale i miejskie (z wyjątkiem trzech) zawierają wodę, niezdatną do użytku, szkodliwą i pomimo ciągłych moich nawoływań nie są wcale odkażane, oczyszczane ani pogłębiane; prawie żaden z postulatów, opracowanych na papierze przez komisyę sanitarną, nie został wprowadzony w życie, jako-to: czystość podwórz, dołów, śmietników, popularyzacya i t. d., niema komory dezynfekcyjnej miejskiej; towarzystwo lekarskie i higieniczne jest odsunięte od udziału w sprawach zdrowotności; wskutek zabronienia odczytów popularnych i braku wszelkiej popularyzacyi, ludność nie wypełnia i nie umie wypełniać żadnych przepisów higienicznych, boi się baraków, nie chce umieszczać w nich chorych, a otoczenie w domach izolacyjnych, nie zawiadamia wcześnie albo wcale o podejrzanych przypadkach, ukrywa nietylko chorych, ale nawet i zmarłych i wreszcie nie dozwala sanitaryuszom dezynfekować mieszkań. Tak się mniej więcej przedstawia u nas „walka z cholerą“. Cała nadzieja polega na samoistnem osłabieniu zarazka podczas obecnej epidemii i na samoistnem jej wygaśnięciu. My, lekarze, pragniemy ze swej strony przyczynić się do tego przez zachęcanie do zbiorowych szczepień przeciwcholerycznych.

IV. Wyciągi.

CHIRURGIA. Ekehorn. **Sprawność nerki po cięciu sekcyjnem.** (*Archiv f. klin. Chir.* 78—1. 1905). Autor badał sprawność nerek u chorych, którzy przebyli cięcie sekcyjne, a to celem przekonania się, czy zabieg ten wpływa ujemnie na nerkę, czy też jest dla niej obojętnym. Badanie szczegółowe przeprowadził w 3 przypadkach w $1\frac{1}{2}$—6 miesięcy po dokonanej operacyi i doszedł do następujących wyników: 1) Cięcie sekcyjne nie wywołuje często upośledzenia sprawności nerki, zwłaszcza w najbliższych miesiącach po operacyi. 2) Zmiany, które wystąpić mogą, objawiają się zmniejszoną ilością wydzielanego moczu przy równocześnie zmniejszonem tegoż nasyceniu. Głównie wydziela się w mniejszej ilości mocznik. Skąpe te badania uważa sam autor dopiero za wstęp do dalszych, przeprowadzanych w późniejszych okresach po operacyi.

Klęsk.

Hildebrandt. **Nowy sposób przeszczepiania mięśni.** (*Archiv f. klin. Chir.* 78—I. 1905). Autor opisuje nowy sposób przeszczepiania mięśni, który zastosował w jednym przypadku jego szef Prof. Hildebrand. Do kliniki przysłano dziecko, które przed rokiem nagle dostało porażenia lewego barku. Badanie wykazało zupełną nieczynność mięśni: mostkowo-sutkowo-obojczykowego, kapturowego, zębatego przedniego, naramiennego, obłego mniejszego i podgrzebieniowego. Z powodu zaniku zapinaczy torebki powstał staw cepowaty. Prof. Hildebrand wobec tego spróbował zastąpić porażone mięśnie, mięśniem piersiowym wielkim. Oddzielił ten ostatni od przyczepu przy mostku i obojczyku, obrócił ku górze, szanując przytem nerwy piersiowe przednie i biegnące z nimi naczynie, i przyszył szwami katgutowymi do zewnętrznego brzegu obojczyka i do wyrostka barkowego łopatki. Mięsień w ten sposób uległ skręceniu o około 80 stopni. Wynik był znakomity. Przeszczepienie to jest o tyle nowem, że przez skręcenie zmieniło zupełnie kierunek działania mięśnia, a dalej, że mięsień na tak dużej przestrzeni został oddzielonym od ciała, a przez to pozbawionym krążenia. Dobre działanie i przyjęcie się mięśnia zawdzięczyć należy temu, że szanowano nerwy, a przez to i biegnące przy nich naczynie. Autor doświadczalnie przeszczepiał podobnie z dobrym skutkiem mięsień prosty uda u królików zupełnie oddzielony (z wyjątkiem wejścia nerwów) w miejsce grubego zewnętrznego uda lub łonowego.

Klęsk.

Berndt. **W sprawie przetoki żołądkowej podług Marwedela.** (*Archiv f. klin. Chir.* Tom 76, Zeszyt 3, 1905). Sprawność i domykalność przetok żołądkowych chciano osiągnąć na potrójnej drodze: 1) domykalność z pomocą sztucznych zwieraczy mięsnych (Hacker, Girard, Ulmann i t. d.), 2) z pomocą tworzenia klapek (Hahn, Ssabanejeff, Frank), 3) z pomocą tworzenia kanałów (Witzel, Kader, Fischer, Marwedel). Domykalność z pomocą tworzenia sztucznych zwieraczy z mięśni brzucha nie odpowiedziała pokładanym w niej nadziejom zupełnie. Ullmann nacina błonę surowiczą i mięsną, śluzówkę podciąga i skręca o 180° stopni i umocowuje w skórze. O wynikach niewiele jeszcze wiemy. Tworzenie zwieraczy z błony mięsnej żołądka nie daje też dobrej domykalności. Tworzenie klap ze ścian żołądka, przez przeciąganie żołądka przez międzyżebrza, pod skórą i t. d. daje tylko chwilową domykalność. Najlepsze wyniki dają przetoki, osiągające domykalność przez tworzenie kanałów. Metoda Witzla i Kadera mają te wady, że potrzeba do nich stosunkowo dość dużej ściany żołądka. Za najdogodniejszą, a dającą dobrą domykalność uważa autor metodę Marwedela: wykonuje się ją w następujący sposób: po wszyciu ściany żołądka w ranę brzuszną cięciem 5 cm. długiem, przecina się błonę surowiczą i mięsną. W cięciu ukazuje się śluzówka. Nacina się ją w dolnym kącie cięciem małem (aby tylko dren można wstawić), wsuwa się dren do otworu, umocowuje się przy śluzówce jednym szwem, poczem zeszywa się ponad rurką z powrotem błonę mięsno-surowiczą tak, że rurka leży wprost w kanale, którego dno stanowi śluzówka. Dotąd niewiele razy wypróbowano tę metodę; autor stosował ją z bardzo dobrym wynikiem 2 razy; poleca też ją gorąco, gdyż jest ona bardzo prosta, daje się wykonać prędko, nie spotrzebowuje dużo ze ściany żołądka i przetoka domyka dobrze.

Dr. Adolf Klęsk.

Friedheim. **O trwałych wynikach operacyjnego leczenia choroby Basedowa.** (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 77, Z. 4. 1905). Autor podjął jeszcze raz na nowo sprawę, poruszoną w roku 1901 przez Schulza, a mianowicie sprawę trwałych wyników operacyjnego leczenia choroby Basedowa. Powszechnie panuje jeszcze mniemanie, że operacya wola przy wspomnianej chorobie jest bardzo niebezpieczną, a nie wiele pomaga. Autor na mocy 20 przypadków zwalcza to twierdzenie, dowodząc nawet, że nietylko nie-

bezpieczeństwa tego niema, ale wyniki pooperacyjne są bardzo pomyślne. Z 20 przypadków wyzdrowiało po operacyi 14 i wyleczenie to jest chyba trwałe, gdyż u jednej chorej trwa ono już przez lat 15, u innych od 4 do 10 lat. W 5 przypadkach spostrzegano wybitną poprawę. Jeden przypadek zakończył się śmiercią wśród objawów tężyczki i porażenia serca. Chora była operowaną dwukrotnie, gdyż po pierwszej operacyi, polegającej na usunięciu prawego płatu gruczołu, lewy zaczął bardzo szybko rosnąć. Daje to 70% wyleczeń, a 5 prc. śmiertelności. Przy wewnętrznem tylko leczeniu śmiertelność wynosi nawet 12 prc. W Niemczech pierwszy Rehn zaczął wycinać wól przy chorobie Basedowa i już w r. 1884 wspominał o dobrych wynikach. Zdanie Moebiusa o nadmiernej działalności gruczołu tarczowego w tej chorobie nakłaniało dalej chirurgów do operacyi. Kocher radzi wycinać gruczoł kilka razy, a małemi częściami, a to, by uniknąć nagłego wypadnięcia czynności gruczołu, bardzo niebezpiecznego u cierpiących na chorobę Basedowa. Co do techniki operacyi, to używać należy cięć małych, a krwotok dobrze tamować; polecenia godnem jest też uprzednie podwiązanie naczyń tarczowych. Objawy po operacyi giną szybko i stale. Gałki oczne wchodzą do oczodołów, znika przyspieszona działalność serca i objawy nerwowe. Statystyka Rehna wykazuje 50 prc. wyleczeń, śmiertelność 22.1 prc. Wyniki wogóle są dobre, tak n. p. Mikulicz na 18 przypadków miał 10 wyleczeń, Krönlein na 24—16, Kocher na 59—45. *Dr. A. Klęsk.*

König. **Uprawnienie do wczesnego krwawego zabiegu przy podskórnych złamaniach kości.** (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 76, Zeszyt 3, 1905). Autor opiera się w pracy swojej na 20 operacyach wczesnego szwu kostnego przy złamaniach, nie wliczając w to częstych bardzo szwów rzepki i łokcia. Obawę przed zakażeniem uważać należy już za niebyłą. Mimo że wyciąganie, polecane tak gorąco między innemi przez Bardenheuera, daje dobre wyniki, wiele znajdzie się jednak złamań, w których operacyjnie wkroczyć należy, n. p. choćby w złamaniach główki kości ramieniowej z równoczesnem wywróceniem odłamka. Przy szwie przekonywujemy się dopiero nieraz, jak często między odłamkami spotykamy wtłoczone części miękkie. Autor szyje zawsze drutem, często w połączeniu ze sztyftem z kości słoniowej, który wbija w jamę szpikową obu odłamków i przez sztyft prowadzi szwy, przez co ostatni służy zarazem jako szyna. Po operacyi o ile możności trzeba ranę zaszyć. Ruchy bierne zaczynać wcześnie, a więc w 8—14 dni (przy złamaniach większych kości naturalnie później, n. p. przy złamaniu szyjki uda w 4 tygodnie). Głównie poleca autor szyć następujące złamane kości: 1) obojczyk, 2) podudzie przy złamaniach skośnych ze skręcenia, 3) takież same złamania przedramienia, 4) złamania skośne uda, 5) złamania kości długich blizko stawu, 6) złamanie rzepki, 7) oderwanie wyrostków kostnych, do których przyczepiają się większe mięśnie (krętarz, pięta, ramię), 8) złamanie łokcia, 9) główki kości ramieniowej, 10) szyjki kości udowej. Szwy prowadzić można i przez powierzchnię stawową (zarastają one bardzo prędko). Złamania szyjki kości udowej goją się rzadko kostnie, zwykle jednak powstały po szwie zrost tkanko-łączny jest bardzo silny i do używania kończyny wystarczający. Szyć główkę należy bardzo prędko po złamaniu, by nie uległa zanikowi, sama lub szyjka. Torebkę powinno się zawsze w złamaniach przystawowych pilnie zaszywać. Do stawu biodrowego używa autor cięcia Hueterowskiego. Do szwu kostnego nadają się także liczne złamania tej samej kończyny. Szyć powinno się prawie zawsze złamanie zewnętrznego kłykcia łokcia. *Dr. A. Klęsk.*

OKULISTYKA. Zirm. **O zaćmie tężyczkowej.** (*Archiv f. Augenh.* 52, Zeszyt 1, 1905). Autor we wstępie historycznym omawia zapatrywanie Petersa, upatrującego w napadach tężyczki przyczynę powstania zaćmy. Pierwotnie mniemał P., że skurcz mięśnia rzęskowego i chwilowa przerwa w dopływie cieczy odżywczej powoduje zaćmienie soczewki; na podstawie jednak późniejszych badań anatomicznych i doświadczalnych przekonał się, że komórki nabłonkowe wyrostków rzęskowych dostarczają cieczy odżywczej dla soczewki, posiadającej mniejszą zawartość białka i soli, niż surowica krwi. Komórki wyrostków rzęskowych muszą więc w prawidłowych warunkach posiadać zdolność zatrzymywania pewnych substancyi, która to czynność odpada w razie ich schorzenia. Przemiany wsteczne komórek nabłonkowych wyrostków rzęskowych powodują chorobowe zwiększenie zawartości soli w cieczy komórkowej i następowe powstanie zaćmy. Zmiany w nabłonku wyrostków rzęskowych stwierdzono także w zaćmie starczej i moczówkowej. Powstanie zaćmy warstwowej przypisywano zaburzeniom powstałym podczas życia płodowego. Dopiero Peters zwrócił uwagę na fakt, że dotychczas nie spostrzegano zaćmy warstwowej u noworodka, czego spodziewaćby się należało, gdyby było słusznem przypuszczenie o śródmacicznem powstaniu zaćmy. Przemawia to za powstaniem zaćmy warstwowej w okresie późniejszym, w którym napady tężyczkowe mogły powodować zaburzenia odżywcze. Autor przytacza 5 przypadków zaćmy, z których cztery dotyczyły młodych, zresztą zdrowych kobiet w wieku od 26 do 32 lat, u których z całą pewnością można było wykluczyć moczówkę, skazy dziedziczne lub jakiekolwiek poprzedzające schorzenie oka. Wszystkie jednak przebyły wycieńczającą chorobę (poród, dur), z której zejściem poczęły im wypadać włosy i paznokcie. Podają także, że cierpiały kurcze, które według zeznań chorych i lekarza miały charakter kurczów tężyczkowych. Zaćmienie soczewki wystąpiło później. W całym przebiegu tej sprawy chorobowej znamiennym jest fakt, że owe zmiany odżywcze stwierdzamy głównie w tworach nabłonkowych (skóra, włosy, paznokcie, soczewka) tak, że usprawiedliwionem jest przypuszczenie autora, że właśnie te przypadki usposobione są do powstania zaćmy, w których spostrzegać było można zmiany w tworach nabłonkowych. Wypadanie włosów i paznokci zależnem być musi od zmian chorobowych w podłożu, z którego czerpią odżywienie (łożysko paznokcia, torebka włosa); podobnie też przyczyna zaćmy tkwić musi w zmianach wstecznych nabłonka wyrostków rzęskowych, od którego zależnem jest odżywienie soczewki. Czynnika etyologicznego kurczów wyrostków rzęskowych nie należy jednakże przeceniać, a główną uwagę należy zwrócić na zmianę w sposobie odżywiania soczewki, którą powodować mogą oprócz kurczów inne zaburzenia ogólne całego ustroju, jak moczówka, starość lub zatrucie naftaliną. W przypadkach zaćmy tężyczkowej chorzy nie wspominają o przebytej tężyczce, nie przypuszczając związku między jedną sprawą chorobową a drugą, dlatego też w wywiadach trzeba wyraźnie o to chorego wypytywać. *Dr. W. Reis.*

Dr. A. Schapringer. **O patogenezie kurczowego kiwania głową** (*spasmus nutans*). (*Centralblatt für Augenheilk.* Sierpień, 1905). Choroba ta powstaje u dzieci, które wychowały się w źle oświetlonych mieszkaniach. Jaśniejsze smugi światła słonecznego, przedzierające się przez małe okienka, zwracają uwagę dziecka, które stara się w nie wpatrywać. Ponieważ zaś obwodowe części siatkówki łatwiej odczuwają słabe różnice w oświetleniu, niż plamka żółta, a nadto tem łatwiej dostrzega się te różnice, im częściej zmienia się miejsce naświetlonej siatkówki, przeto dzieci te, nauczone doświadczeniem, wykonywują drgające ruchy gałką oczną. Drgające ruchy głową mają ten sam cel, co i ruchy gałki ocznej. Z biegiem czasu nastaje przyzwyczajenie i pomimo, iż przyczyna i celowość tych ruchów ustała, pozostaje mimoto kurczowe kiwanie głową. *Dr. Liebermann.*

Prof. J. Hirschberg. **O zabiegach z użyciem magnesu u dzieci.** (*Centralblatt f. Augenheilk.* Wrzesień, 1905). Autor opisuje cztery przypadki wydobycia magnesem żelaza z oka u nieletnich dzieci. Zwraca on uwagę na to, iż mimo ujemnego wyniku próby sideroskopowej, może się w gałce dziecka znajdować żelazo, jak to właśnie w jednym z opisanych przypadków się przydarzyło. Do wydobywania żelaza z oka w praktyce dziecięcej dogodniejszym i pewniejszym jest magnes ręczny, niż magnes duży, którym o wiele łatwiej jest uszkodzić, względnie wyrwać części wiotkie tkanek oka. *Dr. Liebermann.*

Doc. Sicherer. **Alypina, jako nowy środek znieczulający w okulistyce.** (*Die Ophthalm. Klinik* 1905, Nr. 16). W ostatnich czasach pojawił się nowy środek znieczulający, zwany alypiną, uzyskany syntetycznie przez Hofmanna i Impensa. Jest to związek pochodny gliceryny o zawiłym składzie chemicznym, przedstawiający biały proszek, łatwo we wodzie rozpuszczalny i już w 0,005 prc. rozczynie działający znieczulająco na błony śluzowe i na rogówkę. Od kokainy różni się alypina tem, że nie zwęża naczyń, lecz przeciwnie sprowadza chwilowe ich rozszerzenie, nie rozszerza źrenicy, ani nie osłabia akomodacyi, a wreszcie nie wpływa ujemnie na nabłonek rogówki. Po zapuszczeniu 1 prc. rozczynu alypiny do worka spojówkowego występuje krótkotrwałe uczucie pieczenia i lekkie zaczerwienienie spojówki. Po upływie minuty występuje znieczulenie rogówki i spojówki, utrzymujące się przez 10—12 minut. Równie dobrze może być alypina stosowana podskórnie lub podspojówkowo, przyczem nie sprowadza ani zapalenia, ani tem mniej obumarcia tkanek. Oprócz wyżej wymienionych zalet posiada alypina jeszcze tę wyższość nad kokainą, że jest od niej znacznie mniej trującą. Nakoniec wspomnieć należy, że i cena alypiny jest niższa, niż cena kokainy. *K. W. Majewski.*

Leblond. **Ropienie w przewodzie nosowołzowym w następstwie operacyi Caldwell-Luca.** (*Archives d'ophtalm.* 1905, Nr. 5). Operacya doszczętna otoku ropnego jamy Highmora sposobem Caldwell-Luca polega, jak wiadomo, na otwarciu tej jamy w okolicy *fossa canina*, dokąd dostajemy się z jamy ust cięciem powyżej dziąseł szczęki górnej od strony policzka. Po wypuszczeniu ropy i wyskrobaniu wnętrza jamy trepanuje się część przednią

i dolną w jej ścianie wewnętrznej, odejmując równocześnie przednią połowę muszli dolnej, a to w celu utorowania swobodnego odpływu ropie. Autor spostrzegał dwa przypadki ropnego zapalenia woreczka i przewodu łzowego w bezpośredniem następstwie tej operacyi, uwieńczonej zresztą doszczętnem usunięciem ropienia zatoki Highmora. W obu przypadkach dolna część przewodu nosowołzowego była zupełnie zamknięta, a woreczek łzowy z powodu silnej rozstrzeni musiał być wyłuszczony. Ponieważ dolne ujście przewodu nosowołzowego znajduje się pod przednim końcem dolnej muszli nosowej, przeto uszkodzenie tej części przewodu podczas ostatniego aktu operacyi Caldwell-Luca jest prawie nieuniknione i raczej dziwić się należy, że nie w każdym przypadku przychodzi do zakażenia i zarośnięcia przewodu łzowego. Tłómaczy się to osobniczemi różnicami w stosunkach anatomicznych w tej okolicy jamy nosowej. Ze względu na niebezpieczeństwo, grożące drogom łzowym przy operacyi Caldwell-Luca, zaleca autor modyfikacyę jej, podaną przez Sieura i Jacoba, którzy trepanują dolny przewód nosowy w odległości 2 cm. od przedniego końca muszli dolnej i chronią w ten sposób od skaleczenia jej wyrostek łzowy (*apophysis lacrymalis conchae inferioris*), stanowiący część kostnej ściany przewodu nosowołzowego. *K. W. Majewski.*

Dr. B. Stöling. **Przyczynek do nauki o schorzeniach nerwu wzrokowego skutkiem miażdżycy tętnic.** (*Klinisches Monatsblatt für Augenheilkunde* XLIII, Tom II. Sierpień, 1905). W sześciu przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego i następowego jego zaniku mógł autor jako jedyną przyczynę w 6 przypadkach wykazać wyłącznie tylko rozległą bardzo miażdżycę naczyń. Choroba nerwu wzrokowego przebiega w tych przypadkach bardzo przewlekle; bystrość wzrokowa podupada, pole widzenia zwęża się coraz to bardziej, granice tarczy nerwu wzrokowego zacierają się. W późnych okresach choroby zjawia się zanik nerwu wzrokowego, tem się charakteryzujący, że bystrość wzrokowa nieraz już znacznie podupadła, kiedy na tarczy widać dopiero stosunkowo nieznaczne objawy zaniku. Częstem powikłaniem powyżej wspomnianej choroby jest porażenie jednego lub obu nerwów odwodzących. Cały obraz chorobowy podobnym jest do tego, jaki widzimy w przebiegu nowotworów mózgowych. *Dr. Liebermann.*

HIGIENA. G. Bellei. **Nowa metoda oznaczania wartości chemicznych środków odkażających.** (*Münchener med. Wochs.* 1904, Nr. 7). Autor badał szereg środków dezynfekcyjnych co do ich siły odkaźnej według metody Goubesa i po zmodyfikowaniu jej przez siebie. Modyfikacya polega na użyciu większej ilości (50 cm.³ i więcej) gęstej zawiesiny zarazków, którą miesza się z badanym roztworem środka odkażającego, a trzymając mieszaninę tę przy stałej ciepłocie 18° C., zabiera z niej w stosownych odstępach czasu do wyjałowionych naczyń po 5—10 cm.³ do badania dalszego. Dodając do badanych porcyi zawiesiny bakteryi i środka odkażającego potrzebną do zobojętnienia tegoż działania ilość odpowiedniego związku chemicznego (amoniaku, wzgl. siarkanu amonowego), zaprawia następnie kilku kroplami 10 prc. wyjałowionego roztworu fosforanu sodowego, a następnie również 10 prc. roztworem chlorku wapniowego. Powstałą gęstą zawiesinę fosforanu wapniowego oddziela na centryfudze od płynu, zlewa ostatni, zaprawiając w końcu osad i zawarte w nim zarazki wyjałowionym bulionem. Mieszaninę tę przechowuje przez tydzień w cieplarce. Przy użyciu tej metody, posługującej się nie jak dawniej tysiącami, lecz miliardami bakteryi, uwydatnić się może lepiej wpływ słabszych roztworów środków odkażających, a wyniki są dokładniejsze. Doświadczenia, wykonane przy użyciu tej metody z gronkowcem złocistym i zarodnikami wąglika, wykazały, że lysoform w porównaniu z innymi środkami odkażającymi jest bez wartości. Kwas karbolowy, bacylol i lyzol posiadają też same wartości odkażające, badane dawniejszą metodą Goubesa i nową Belleiga, lyzol zaś z nich największą. Najwybitniej działał jednak odkażająco nowy wytwór, wprowadzony do handlu przez firmę Schülke i Mayr w Hamburgu pod nazwą nilyzol, wyróżniający się od lyzolu, choć jemu pokrewny, przyjemnym zapachem. Związek ten jest znakomitym środkiem dezynfekcyjnym wobec zwykłych form bakteryi, na zarodniki nie działa tak, jak i inne związki fenolu i krezolu. Powyższa metoda badania okazała się również lepszą i dokładniejszą dla badań nad środkami, zabijającymi zarodniki, gdyż przy jej użyciu okazywały zarodniki wąglika, umieszczone w roztworze 1‰ sublimatu, żywotność jeszcze po 7 godzinach, gdy przy metodzie Goubesa żywotność ta objawiała się najwyżej do 5½ godzin.

Odmienne wyniki przy użyciu swej metody tłómaczy B. wielkiemi różnicami odporności poszczególnych jednostek bakteryi. Aby zatem objąć w doświadczeniach i te jednostki z największej odporności, należy poddać działaniu środków odkażających znaczne ilości zarazków, a cel ten spełnia nowa metoda. *L. Bier.*

Schottelius. **Badania bakteryologiczne w odrowem zapaleniu spojówek.** (*Münch. med. Wochs.* 1904, Nr. 9). Podczas ciężkiej epidemii odry w grudniu 1903 i styczniu 1904 znalazł Sch. w worku spojówkowym chorych i zmarłych dzieci (po 40 przypadków) ropnego gronkowca złocistego u 25 chorych i u 26 zmarłych, w kilku przypadkach gronkowca żółtego, nieco częściej białego. Szczególny rodzaj paciorkowca, opisany bliżej w pracy, znajdował się u 5 chorych i u 20 zmarłych. Na podstawie tego wyniku, odmiennego od spostrzeżeń Moraxa, który w odrze spotykał zwykłe „saprofity spojówki", wypowiada Sch. zdanie, że zwykłe zarazki przyranne odgrywają niemałą rolę jako czynnik współdziałający w odrowem zapaleniu spojówki, a może i w zakażeniu odrowem. *L. Bier.*

Altschüler. **Stosunek „bacillus faecalis alcaligenes" do bakteryi duru.** (*Münch. med. Wochs.* 1904, Nr. 20). Z jednego przypadku duru brzusznego wyhodował A. za życia ze krwi zarazki duru, ze śledziony zaś po śmierci laseczki o własnościach *b. faecalis alcaligenes.* Fakt ten zniewolił A. do obserwacyi hodowanych na jałowem łożysku ludzkiem *b. coli, paratyphi i typhi.* Pierwsze dwa nie zmieniały swych własności, natomiast zarazek duru stracił po 4½—6 tygodniach zdolność do aglutynacyi, alkalizował serwatkę lakmusową w ciągu 24 godzin, na ziemniaku zaś wytwarzał hodowle żółte. Wyhodowany natomiast z kału ozdrowieńca po durze *b. faecalis alcaligenes* zachowywał się w 6-tygodniowej hodowli podobnie do zarazka durowego w serwatce lakmusowej, a po 8 tygodniach hodowla jego na ziemniaku była, jak u zarazka durowego, niewidoczną. Z początku nie działała nań wysokowartościowa surowica durowa — przy codziennem przeszczepieniu na świeżą pożywkę aglutynowała go taż surowica po 14 dniach w stosunku 1: 100, po dalszych 4 tygodniach w stosunku 1: 1000. Surowica królika, któremu wstrzykiwano tak zmieniony zarazek (*b. faecalis alcaligenes*) aglutynowała go w stosunku 1: 10.000, zarazek zaś duru w stosunku 1: 6000. Charakter durowy tak zmienionego zarazka potwierdziło również doświadczenie Pfeiffera. Autor przypuszcza przeto, że udało mu się wspomniane gatunki wzajemnie odmienić i uważa odmawianie charakteru durowego gatunkowi *b. faecalis alcaligenes* dlatego tylko, że wytwarza zasadowe oddziaływanie, za bezpodstawne. *B. faecalis alcaligenes* spotykał autor. równie jak Petruschky, najczęściej w kale ozdrowieńców po durze (nieraz w hodowli czystej); 3 razy spotkał go w wodzie podejrzanej o zawartość bakteryi durowych. *L. Bier.*

Berghaus. **Sprawa pokrewieństwa między „bacillus faecalis alcaligenes", a zarazkiem duru.** (*Hygien. Rundschau* 1905, Nr. 15). W pracy ogłoszonej również z pracami Rubnera pod powyższym tytułem potwierdził Doebert znalezione przez Altschülera pokrewieństwo między powyższymi gatunkami bakteryi tylko co do gatunku *b. faecalis alcaligenes*, otrzymanego od Petruschkyego; w 2 innych okazach pokrewieństwo to nie dało się stwierdzić, — wnosił stąd o istnieniu grupy gatunku *bacillus faecalis alcaligenes.* Powtórzone przez autora badania porównawcze z pierwszym okazem *b. alcaligenes* stwierdziły w nim istnienie 2 gatunków bakteryi zarazka duru i *b. faecalis alcaligenes.* Jedynie charakterystyczną dla rozróżnienia obu bakteryi jest metoda płytek żelatynowych: pożywka agarowa Konradi-Drygalskiego do celu tego nie jest odpowiednią. *B. alcaligenes*, przeszczepiany na pożywkach, czas dłuższy według B. nie zmienia swych własności, również przeprowadzany przez zwierzęta; aglutynacya jego odbywa się tylko pod wpływem właściwej surowicy; — fakta te wykluczają przeto istnienie grupy *b. faecalis alcaligenes.* Do właściwych cech tego zarazka należy obok alkalizacyi serwatki lakmusowej, aglutynacyi tylko swoistej i brunatnawej barwy hodowli na ziemniaku, jeszcze zdolność rozwoju tylko w atmosferze tlenu. Trudności dla rozróżnienia właściwych cech *b. alcaligenes* i zarazka durowego na pożywce żelatynowej polegają na wolnem występowaniu charakterystycznych cech u pierwszego. *L. Bier.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Hartl i Herrmann. **W sprawie wdychania rozpylonej cieczy, zawierającej mikroby.** (*Wiener klin. Wochs.* 1905, Nr. 30). Hartl i Herrmann wykonywali doświadczenia swe zapomocą przyrządu do wziewania pomysłu Bartla. Do doświadczeń używali wyłącznie świnek morskich. Zwierzęta oddychały powietrzem, w którem była rozpylana zawiesina hodowli agarowej *bac. prodigiosi* w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Część zwierząt oddychała w ten sposób w ciągu 10 minut, część zaś w ciągu 2 minut. Ogółem wykonali Hartl i Herrmann 26 doświadczeń. W 23 doświadczeniach zabito zwierzęta niezwłocznie po inhalacyi, poczem badano bakteryologicznie drogi oddechowe (pysk, nos, krtań, tchawicę, rozmaite okolice płuc). W 3 doświadczeniach zabito zwierzęta dopiero w pięć godzin po wziewaniu. Wspomniani wyżej uczeni badali bakteryologicznie

prócz dróg oddechowych także w 15 przypadkach gruczoły chłonne na szyi i w 8 przypadkach gruczoły krezkowe, wątrobę, oraz treść żołądka i jelit. Z badań Hartla i Herrmanna wynika, iż *bac. prodigiosum*, którego zawiesinę rozpylano, dostaje się z powietrza do dróg oddechowych. Liczba mikrobów znakomicie się zmniejsza po drodze przez nos, pysk, gardziel, krtań i tchawicę do obwodowych części płuc. Przeważna część mikrobów osiada w nosie, w pysku i w gardzieli. Do obwodowych części płuc dochodzi zaledwie bardzo nieznaczna część wdychanych mikrobów. Liczba mikrobów, które dostały się do dróg oddechowych, bardzo rychło się tam zmniejsza. Już po pięciu godzinach w drogach oddechowych znajdowali autorowie znacznie mniej mikrobów, niż niezwłocznie po wziewaniu. Prócz dróg oddechowych autorowie nigdzie nie mogli znaleźć rozpylanych mikrobów (*b. prodigiosum*), nie znaleźli ich ani w gruczołach chłonnych, szyjnych i krezkowych, ani w wątrobie, ani w treści żołądkowej i jelitowej. *A. Wrzosek.*

Doc. Dr. Jolles. **O klinicznym ferometrze** (*Folia haematol.* T. I, 1905, 651). Autor opisuje swój przyrząd i sposób, w jaki się go używa. Metoda polega na tem, że minimalną ilość krwi, uzyskaną przez ukłucie igłą (0,05 cm.), spala się na tygielku platynowym na popiół, przez co żelazo, zawarte we krwi, pozostaje na dnie tygla w postaci tlenku żelazowego jako rdzawa plama. Tlenek żelaza przez topienie z kwaśnym siarczanem potasu zamienia się na siarczan kwaśny żelaza, a topić należy tak długo, jak długo ze szkliwa wydobywają się dymy kwasu siarczanego. Szkliwo rozpuszcza się bardzo łatwo w gorącej przekroplonej wodzie. Zawartość tego roczczynu co do żelaza oznacza się na drodze kolorymetrycznej przez dodanie HCl i rodanku amonowego. Autor zwraca uwagę, że z małymi wyjątkami ilość żelaza może być miarą ilości Hb we krwi. W końcu swej pracy autor przytacza kilka publikacyi, które przemawiają za jego ferometrem, chwaląc jego metodę badania, jako dokładną, a nawet ścisłą. Szczegóły metodyki nie dadzą się w krótkich słowach streścić. (Nie wszyscy badacze są tego samego zdania o ferometrze, co Jolles, jego wynalazca. Porównaj Türka „Hematologię“ I. 120. *Przyp. ref.*). *Stahr.*

T. W. Tallquist. **Bibuła w służbie praktycznej hematologii.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35, 1904, str. 926). Autor wybiera szereg zdań przeróżnych autorów, dowodzących, jak praktyczną jest przez niego sporządzona w postaci książeczki skala hemoglobinowa, służąca do oznaczenia zawartości Hb we krwi. Nadaje się ona przedewszystkiem dla lekarzy praktycznych do szybkiego zoryentowania się, a więc n. p. w godzinie ordynacyjnej, a błędy nie przekraczają nigdy 10 prc. Zastrzega się jednak, że ręczyć może tylko za te skale, które sporządzają w Helsingforsie pod jego osobistą kontrolą. W przypadkach, w których ilość krwinek czerwonych spada o połowę, wytwarza się na bibule w koło krwawej plamy wilgotny pierścień, szczególnie widoczny pod światło. Pierścień ten jest tem szerszy, im mniej krwinek czerwonych. Krew białaczkową bardzo trudno chłonie bibuła, także i barwa plamy jest niejednostajna, a odcień nie odpowiada ściśle żadnemu odcieniowi na skali. *Stahr.*

G. Galli. **Ulepszone mieszadło do liczenia krwinek.** (*Münch. med. Wochs.* 1904, Nr. 13, str. 561). Ulepszenie polega na dodaniu do przyrządu aparatu ssącego, który ułatwia wciągnięcie krwi bez przystępu powietrza w precyzyjny sposób. Cały przyrząd otoczony jest płaszczem szklanym. Między przyrządem a płaszczem jest próżnia, umieszczona w celu wstrzymania działania ciepła, płynącego z ręki badacza. Szczegóły bliższe nie dadzą się opisać bez ilustracyi przyrządu. *Stahr.*

Grassberger R. **O przygotowaniu się i dziedziczności drobnoustrojów (przyczynek do wzrostu beztlenowców w powietrzu). I. doniesienie.** (*Arch. f. Hyg.* Bd. 53, str. 158, 1905). Do doświadczeń nad prawem przystosowania się i dziedziczności drobnoustroje są z tego względu dogodne, że się szybko rozwijają, a między nimi szczególnie odznaczają się te, które na bodźce zewnętrzne szybko oddziaływają i wydzielają wielkie ilości istot dobrze nam znanych. Najlepiej nadają się do tego celu beztlenowce, jak laseczniki szelestnicy, z którymi autor dokonywał doświadczeń. Przez zmianę różnych warunków, jak zupełny dopływ powietrza, wzrost na powierzchni, zmianę podłoża i ciepłoty udało się autorowi lasecznikom szelestnicy nadać rozmaite własności, jak wzrost w powietrzu, występowanie w postaci nitek, kłębków, lub w postaci zbliżonej do wąglika. Podczas tych doświadczeń mógł dokładnie śledzić przekształcenie się różnych kształtów drobnoustrojów i oznaczyć dokładnie warunki sprzyjające i szkodzące rozwojowi drobnoustrojów. *Gertler.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Urogosan jest przetworem nowym, złożonym ze znanego gonosanu i hexamethylentetraminu, (zwanego pospolicie urotropiną), obmyślonym przez Bossa, a wyrabianym przez Riedla w Berlinie w postaci kapsułek, zawierających po 0·3 gonosanu i 0·15 urotropiny. Przetwór ten, wytworzony pierwotnie w tym celu, aby skuteczniej wpływać na zapalenia pęcherza na tle mieszanem, w których oprócz dwoinek wiewiórowych występują inne mikroby, względem gonosanu odporne, a na urotropinę wrażliwe, stosował później Boss (*Medizin. Klinik* 1905, 47) ze skutkiem także w przypadkach wiewiórowego zapalenia tylnej części cewki, oraz w zapaleniach pęcherza na tle niewiewiórowem (n. p. w toku zapaleń przy zwężeniach cewki, przeroście stercza i t. d.). Dawkę zastosować należy do natężenia zapalenia; zwykle wystarcza 8—10 kapsułek dziennie, po 2 po jedzeniu. Urogosan działa też pomocniczo w zapaleniach powiewiórowych, leczonych równocześnie miejscowo nadmanganezianem potasu lub azotanem srebrowym. *Ll.*

Acidol (betainchlorhydrat), wyrabiany z melasy sposobem, podanym przez F. Ehrlicha, ma postać bezbarwnych kryształów, w wodzie łatwo, w wyskoku nieco trudniej rozpuszczalnych. Jestto związek trwały, nie wydzielający ani przy leżeniu na powietrzu, ani przy prażeniu na sucho kwasu solnego, a zawarta w nim organiczna zasada, betaina, jest dla ustroju obojętną i nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu. Dopiero w roczczynie wodnym uwalnia się kwas solny; stąd też acidol jest nader wygodnym środkiem we wszystkich tych przypadkach, w których wskazany jest kwas solny, a w których użycie jego w zwykłej płynnej postaci sprawia trudności (w podróży, w czasie zajęć i t. p.). Zwykłym drobniejszym dawkom (5 kropli) kwasu solnego odpowiada 0·5, większym (8 kropli = 0·5 kwasu solnego) 1·0 acidolu, który też znajduje się w handlu jako lekko komprymowane i stąd w wodzie doskonale rozpuszczalne kołaczyki pół- i jednogramowe. Kołaczyk taki rozpuszcza się tuż przed zażyciem w wodzie, gdyż nierozpuszczony acidol działa żrąco. Smak takiego roczczynu jest lepszy, niż używanych roczczynów kwasu solnego, tak że znoszą go nawet chorzy, nieznoszący smaku kwasu solnego. Działanie acidolu, będącego zresztą tylko nową postacią dawno znanego leku, wypróbował i uznaje za doskonałe Flatow (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, 44). *Ag.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIV. Posiedzenie naukowe z dnia 27 października 1905 r.

Obecnych członków 40. Przewodniczy kol. Mahl.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Reis wygłasza odczyt p. t. „Spostrzeżenia z dziedziny okulistyki w sztuce włoskiej“. Prelegent zaznacza na wstępie, że zwiedzane we Włoszech zakłady okulistyczne (oddział oczny w *Ospedale civile* w Wenecyi i klinika uniwersytecka w Rzymie) wzorują się na szkołach francuskich i nie zasługują na szczególniejszą uwagę; — natomiast zabytki sztuki, przechowane na ziemi italskiej, budzą żywsze zajęcie, nawet ze stanowiska specyalności okulistycznej. Medycynę i sztukę, — dwa pojęcia tak różne zestawił i w ściślejszy wprowadził związek Charcot w dziele p. t. „*Les difformes et les malades dans l'art*“. Przykład jego zachęcił innych badaczy tak, że rozpoczął się nowy okres w historyi medycyny. Z patologii szczegółowej oka, oprócz tematu ślepców, bardzo często odtwarzanego przez artystów, rozpoczęto poszukiwania za okularami, chcąc się przez to dowiedzieć, jak daleko sięga w przeszłość ten środek leczniczy i jakie w dawnych czasach miał zastosowanie. O wynalazku bowiem okularów nic dokładnego nie wiemy, a według źródeł, przechowanych jeszcze najlepiej we Włoszech, przypada wynalazek okularów na koniec XIII wieku. — Rozmaite czynniki, a między innymi także i wrogie stanowisko lekarzy w sprawie noszenia okularów, powodowane nieświadomością zasad optyki, sprawiły, że okulary mało były używane. Z tych samych też powodów nie znajdujemy osób noszących okulary u Veronesa, Tyciana i Tintoretta, mimo że obrazy ich zapełnione setkami postaci rozmaitych kategoryi. W dziełach, omawiających historyę okularów, wymieniają z wczesnej epoki odrodzenia malarstwa włoskiego dwa obrazy Ghirlandajo, przechowane w kościołach florenckich: św. Hieronim z r. 1480 i „*exequiem*“ św. Franciszka z r. 1485, na których spotykamy osoby z okularami.

Oglądając galeryę obrazów w Watykanie zauważył kol. prelegent na predelli obrazu Niccola Alunno da Foligno z r. 1465, przedstawiającego koronacyę Matki Boskiej, wśród szeregu postaci apostołów i świętych, Filipa, Jakóba i Mateusza, noszących okulary. Obraz ten jest nieogłoszonym dotychczas zabytkiem z wczesnej epoki odrodzenia malarstwa włoskiego; anachronizm artystyczny, zaopatrujący apostołów w okulary, świadczy o dążeniu artysty do naturalistycznego oddania postaci. Podczas gdy poszukiwania za patologią oka w sztuce są nabytkiem ostatnich lat, to anatomia normalna i sposoby odtwarzania oka w rzeźbie starożytnej były już dawno przedmiotem dokładnych studyów. Błędne zapatrywanie o istnieniu różnicy między budową oka mężczyzny i kobiety usunął Greef w r. 1892 na podstawie ścisłych naukowych badań, stwierdzając tylko istnienie różnic indywidualnych. Kształt oka był tak różnie odtwarzany w poszczególnych okresach rzeźby starożytnej, że posłużył jako kryteryum do oznaczenia epoki, w której dana rzeźba powstała (Conze, Magrens). Prelegent podaje szczegółową charakterystykę sposobów odtwarzania narządu wzrokowego, począwszy od epoki archaicznej aż do epoki rzymskiej, w której artyści najróżnorodniej odtwarzają tęczówkę, źrenicę i odblask świetlny rogówki, dążąc do jak najwierniejszego odzwierciedlenia cech indywidualnych.

Następnie opisuje kol. R. sposób odtwarzania przedniej części gałki ocznej w rzeźbach Michała Anioła i dochodzi do wniosku, że przy pomocy dawnego sposobu opracowania gładkiej gałki ocznej i części otaczających oko nie można uzyskać wiernego wyrazu oczu, gdyż pominięte zostają akomodacya i kierunek gałek ocznych, — czynniki anatomiczno-fizyologiczne, które tylko odczytać możemy z zachowania się źrenic. Wymownym tego przykładem są rzeźby Michała Anioła: Dawid we Florencyi i Mojżesz w Rzymie, w których opracowanie szczegółowe przedniej części gałki ocznej dosięga najwyższego realizmu. W końcu wspomina jeszcze R. o zbiorze recept ocznych, własnoręcznie przez Michała Anioła spisanych i przechowanych wśród rękopisów poezyi w Bibliotece watykańskiej. Zawarte są w nim środki lecznicze przeciw łuszczce i podwinięciu rzęs przy jaglicy, drżeniu gałek ocznych, zranieniom oka i t. d. Odpis tego kodeksu watykańskiego ogłosił Berger z Monachium w r. 1897. Prelegent objaśnił swój wykład licznemi fotografiami obrazów i rzeźb *(Autoreferat).*

Kol. prof. Machek dodaje co do historyi okularów, że faktycznie nie wiadomo, odkąd one istnieją. Mówią, że Nero patrzył przez jakieś szkiełko; był to jednak prawdopodobnie drogi kamień, przypadkowo wyżłobiony, który mógł przedstawiać wklęsłą soczewkę. Amati (umarł w r. 1317) miał być pierwszym, który używał okularów, tymczasem już Bako (umarł 1294) twierdzi, że zapomocą szkieł można lepiej widzieć. Medyceusz Rafaela, o którym wspomniał prelegent, ma w ręku lupę powiększającą, lecz to jeszcze nie są szkła. Co do owego apostoła z okularami na obrazie da Foligno, to jest zasługą kol. Reisa, że go odkrył i zwrócił nań uwagę. Wreszcie podnosi kol. Machek erudycyę i staranność formy, z jaką prelegent swoje studyum przedstawił, — jako rzecz u nas coraz rzadszą.

Kol. Reis nadmienia dodatkowo, że zwiedził podczas powrotnej swej podróży ogromny zbiór sztychów oryginalnych i medali, dotyczących medycyny *(medicina in nummis)*, a będących własnością niedawno zmarłego doktora Brettauera w Tryeście. Część okulistyczna w tym zbiorze jest równie bogatą i stanowi cenne źródło dla autorów, badających w szczególności historyę okularów.

III. Kol. Fels wygłosił część pierwszą wykładu „O obrzezaniu rytualnem“, omawiając początek i różne znaczenia, jakie przypisują istocie obrzezania u Żydów, wreszcie mówił o znaczeniu i sposobie obrzezania, tak mężczyzn jak i kobiet, u innych narodów.

Zawadzki.

VII. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Dokończenie.)

9. Służba zdrowia.

Załączamy tu zwięzłą tablicę, ułożoną w latach poprzednich, a uzupełnioną liczbami z r. 1900, przedstawiającą rozwój służby zdrowia od r. 1873 począwszy.

W roku	Było w Galicyi: Doktorów medycyny	Magistrów i patronów chirurgii	Razem lekarzy	Jeden lekarz przypada na mieszkańców: w Galicyi	w całej monarchii	Na posadach rządowych, autonomicznych lub prywatnych było lekarzy	Bez posad było lekarzy	Weterynarzy było	Położnych było	Aptek było
1873	386	365	751	7214	?	329	422	26	893	188
1894	910	168	1078	6130	2932	595	463	139	1590	254
1895	965	161	1126	5881	?	663	463	150	1699	254
1896	1070	167(?)	1226	5390	2605	712	519	176	1761	254
1897	1133	144	1277	5133	2497	721	556	184	1887	256
1898	1154	135	1289	5085	2408	751	538	208	1933	259
1899	1190	129	1319	?	?	775	544	206	1982	265
1900	1206	123	1329	5451	?	803	526	207	1993	269

Z tej tablicy przekonywamy się przedewszystkiem, że już od paru lat przyrost młodych sił lekarskich jest coraz to mniejszy (choć posad lekarskich przybywa).

I tak w roku 1895 przybyło lekarzy 48 — (posad 68).
„ „ 1896 „ „ 105 — („ 49).
„ „ 1897 „ „ 63 — („ 19).
„ „ 1898 „ „ 21 — („ 30).
„ „ 1899 „ „ 36 — („ 24).
„ „ 1900 „ „ 16 — („ 28).

O przyczynach tego zmniejszania się przyrostu młodszych sił lekarskich wiele już pisano. Niewątpliwie powodem głównym było pogorszenie się stosunków zarobkowych lekarzy. Czy jednak pogorszenie to upoważnia nas do rozwinięcia agitacyi, jakiej od lat paru jesteśmy świadkami, to całkiem inne pytanie. Ta nie przebierająca w środkach agitacya oskarża wszystkich, władze, zarządy szpitali, i całe społeczeństwo wprost o wyzyskiwanie lekarzy; nawołuje tychże lekarzy (szpitalnych, Kas chorych i t. p.) do urządzania strajków, wysuwa zawsze na pierwszy plan sprawę wynagradzania lekarza; nie cofa się wreszcie przed nawoływaniem młodzieży, by stroniła od studyów lekarskich, malując jej zawód lekarski w najczarniejszych barwach. To też nie można się dziwić, że w tych warunkach liczba nowych adeptów naszej nauki na obu wydziałach lekarskich, t. j. lwowskim i krakowskim, jest mniejszą, niż była około r. 1890 na jedynym wówczas wydziale krakowskim, a w rzędzie krajów, reprezentowanych w rakuzkiej Radzie Państwa, Galicya w roku 1900 pod względem ilości sił lekarskich ostatnie zajmuje miejsce. Godzi się więc zapytać, czy agitacya, stawiająca na pierwszem miejscu wyłącznie materyalne położenie lekarza, dobrą oddaje usługę godności stanu lekarskiego, a jeszcze więcej całemu społeczeństwu, z którego przecież ten stan lekarski wyszedł, wśród którego, a wreszcie z którego żyje!? Nie piszemy polemiki i nie mamy zamiaru w polemikę się wdawać. Podnosimy jednak, że pomiędzy przyczynami, pozbawiającymi kraj nasz przyrostu lekarzy, agitacya ta niewątpliwie ważną gra rolę.

A tymczasem stosunki materyalne poprawiły się, posad lekarskich przybyło i przybywa co roku; brak tylko młodych sił coraz to dotkliwszy. Doszło do tego, że czasem brak kandydatów na obsadzenie posad asystentów katedr uniwersyteckich!

Zmniejsza się także coraz to więcej ilość nowych sił pomocniczych aptekarskich, choć aptek przybywa. I tak w r. 1900 pracowało we wszystkich aptekach w Galicyi, — a było ich w 1900 r. 269, — asystentów 264, zaledwie o 3 więcej, niż w roku 1899, — a i z tych 10·2 prc. bez dyplomu.

Podobnież przyrost położnych zmniejszył się w 1900 r. znacznie, ale przez lepsze ich rozmieszczenie w kraju poprawiły się nieco stosunki w zakresie pomocy położniczej, gdyż na 1993 położnych w Galicyi tylko 20 prc. pozostaje w Krakowie lub Lwowie (w 1899 r. 22·8 prc., w 1898 r. 23·9 prc., w 1897 r. 25·3 prc. i t. d.); natomiast wzrosła liczba położnych na prowincyi. Stąd też łatwiej i częściej wzywała ludność pomocy położnych przy porodach (w 1899 r. przy 52.994 porodach, a w 1900 r. przy 56.115 porodach). Zawsze jednak, jak to już na początku zaznaczyliśmy, zaledwie 23·2 prc. wszystkich porodów odbyło się przy pomocy położnych, zaś aż 76·8 prc. bez pomocy. Odnośnie do tablicy, zamieszczonej na stronicy 138, a mającej przedstawić liczbę zgromadzeń położnych, otrzymujemy ze strony kompetentnej wiadomość, że liczby dodane w rubryce miasta Krakowa, tak co do liczby zgromadzeń (14), jakoteż wykazanych usterek, są fikcyjne!

10. Ułomni.

a) Obłąkanych, a nie pomieszczonych w szpitalach lub zakładach dla umysłowo-chorych wykazano w 1900 roku nieco mniej, niż w zeszłym roku, mianowicie 2642. Chociaż więc odsetkowy stosunek obłąkanych do ludności zdrowej jest w Galicyi najkorzystniejszym ze wszystkich krajów koronnych, to przecież stosunek liczby obłąkanych, pomieszczonych w zakładach odpowiednich, do ilości tychże, pozostających poza zakładami, jest u nas od lat stale najniekorzystniejszy (patrz rozdział „Zakłady dla obłąkanych)“.

b) Matołków wykazano w 1900 r. aż 3891: liczba ta wzrasta stale; jest jednak, — biorąc odsetkowo, — mniejszą u nas, niż w całej Austryi. Na sto tysięcy mieszkańców wypada w całej Austryi 67 matołków, w Galicyi zaś tylko 53. Z wykazanych wyżej 3891 matołków tylko jeden był pomieszczony w domu zaopatrzenia!

c) Głuchoniemych wykazano w 1900 r. aż 10.817, czyli 148 na sto tysięcy mieszkańców, w całej zaś Austryi wykazano ich 107 na sto tysięcy.

d) Ciemnych było z końcem 1900 r. w Galicyi 4.818, t. j. 66 na 100.000 mieszkańców. Z tej liczby miało być 1161 ciemnych od urodzenia, a 3662 ociemniało wskutek chorób i skaleczeń. Liczby, odnoszące się do rodzajów chorych, powodujących ociemnienie, są, — jak to samo Sprawozdanie stwierdza, — mało wiarogodne; nie przytaczamy ich więc.

Najwięcej ociemniałych wykazują powiaty Galicyi wschodniej. Biorąc odsetkowo zmniejszyła się w Galicyi liczba ociemniałych od 1890 r. o 3 prc.

e) Opojów, t. j. nałogowych pijaków, wykazano w 1900 r. 5275, t. j. o 189 mniej, niż w roku zeszłym. Niestety liczby w tym rozdziale przytoczone nie są wiarogodne, bo albo dotyczące urzędy „przepisują je z roku na rok przy uwzględnieniu tylko naturalnego ubytku, przez śmierć powodowanego“, — albo też trzymają się bardzo różnych norm przy dotyczącem obliczaniu. Tak n. p. Kraków wykazał 296 pijaków (w 1899 r. 506), Lwów zaś tylko 64 (w 1899 roku nawet tylko 58).

11. Więzienia i areszta,

istniejące przy c. k. sądach obwodowych i powiatowych, są przeważnie ciasne, przepełnione, wilgotne, jednem słowem nie higieniczne. W r. 1900 krajowi inspektorowie sanitarni zwiedzili ogółem 25 sądów powiatowych i jeden obwodowy. Tylko ten ostatni w Złoczowie i areszta sądowe w Lubaczowie, Dębicy i Wieliczce uznano za zupełnie dobre. Zresztą wszędzie wykazano liczne wady, a co gorsza brud i nieporządki, które bez kosztów i zachodów, przy pewnej tylko staranności usunąćby można.

W r. 1900 przybył w Tarnopolu nowy gmach na częściowe pomieszczenie więźniów. Podobnież w paru miastach powiatowych powstały na ten cel nowe budynki. We Lwowie wreszcie rozszerzono budynek Zakładu karnego dla kobiet, wskutek czego stosunki sanitarne tamże znacznie się polepszyły.

12. Zwalczanie chorób zakaźnych.

Z roku na rok powtarzają się prawie te same skargi na trudności, jakich doznają władze w tłumieniu epidemii. Najgłówniejszą przeszkodą jest zaniedbywanie, co gorsza umyślne zatajanie pierwszych przypadków chorób zakaźnych ze strony przełożonych gmin (wójtów), lekarzy, a nawet zarządów szpitali prowincyonalnych. Sprawozdanie twierdzi, że „kary policyjne za zaniedbanie doniesienia przynoszą nieznaczną poprawę pod tym względem; jedynie postęp oświaty ogólnej, oraz ustawowe uregulowanie wszystkich spraw, odnoszących się do zwalczania chorób zakaźnych, mogą przynieść wydatną poprawę stosunków, obecnie jeszcze godnych ubolewania“.

A jednak ludność zataja pojedyncze przypadki chorób zakaźnych właśnie z obawy strat materyalnych. Gdyby się więc dowodnie przekonała, że strat materyalnych w formie porządnej kary pieniężnej nie uniknie, natomiast zaś, że władze sanitarne postarają się o rychły zwrot strat, połączonych z odkażeniem odzieży, pościeli i t. d., zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie dość wcześnie władze o chorobie uwiadomiono, to we własnym bezpośrednim interesie ludność nie zatajałaby chorób zakaźnych. Droga rozwoju oświaty, nowych ustaw (zostających u nas z braku egzekutywy przeważnie na papierze), poprawy stosunków gminnych i t. d. jest wprawdzie bardzo racyonalną, ale bardzo niestety daleką.

Drugiem ciężkiem utrudnieniem walki z chorobami zakaźnemi jest brak domów izolacyjnych w gminach, a jeśli nawet gdzie wyjątkowo się znajdą, to znowu ludność opiera się odosobnieniu chorego, które tylko z pomocą żandarmów przeprowadzić można.

Nie możemy mimo to wszystko nie przyznać, że od dziesiątków lat nie mieliśmy tak małej śmiertelności z chorób zakaźnych, jak właśnie w roku sprawozdawczym.

Wydatki ze skarbu państwa, poniesione w tym roku na zwalczanie chorób zakaźnych, wyniosły 197.085 kor. C. k. krajowy referent sanitarny, jak również dwaj inspektorowie sanitarni, przedsięwzięli osiem podróży celem tłumienia epidemii.

Przyrządów desinfekcyjnych różnych systemów było z końcem 1900 r. w Galicyi 74 stałych, a 136 ruchomych, 18 kombinowanych i 3 formalinowe (Lingnerowskie). Brak jednak wyznaczonego kredytu na ich opał, brak jako tako wprawionej obsługi, zły stan tych przyrządów, a wreszcie niedbalstwo, były przyczyną, że tylko rzadko kiedy przyrządów tych używano. Toż nawet w Krakowie, gdzie ospa w roku sprawozdawczym wystąpiła epidemicznie z 68 przypadkami choroby, a 14 śmierci, „dezynfekcya odbywała się tylko kiedy niekiedy“.

13. Cmentarze. Grzebanie zwłok.

Każda wieś, a w niej każde wyznanie, chciałoby mieć osobny cmentarz. Zebranie jednak pieniędzy i zakupno kawałka ziemi na ten cel napotyka na ogromne trudności. Toteż sprawa cmentarzy staje się coraz bardziej piekącą tem więcej, że wobec braku cmentarzy muszą być zwłoki często wiezione dość daleko do najbliższego cmentarza, co zwłaszcza ze względu na choroby zakaźne połączone jest z wielkiem niebezpieczeństwem.

W r. 1900 przybyło 26 nowych cmentarzy, rozszerzono zaś 56 dawniejszych i trupiarni zbudowano 50 nowych. Jest ich jednak wogóle mało, — a w Grzymałowie jest na 4.200 ludności aż trzy cmentarze, ale ani jednej trupiarni.

14. Gminna służba zdrowia.

Do 102 utworzonych i w końcu 1899 r. obsadzonych okręgów sanitarnych przybyło w 1900 r. nowo-utworzonych 9 okręgów przeważnie we wschodniej części kraju. A ponieważ prócz 102 obsadzonych było z końcem 1899 roku nieobsadzonych 7 okręgów, przeto z końcem 1900 r. mieliśmy 118 okręgów sanitarnych, z których 9 jednak czasowo jest opróżnionych. Natomiast mamy jeszcze 10 powiatów, w których do r. 1900 nie było jeszcze żadnego okręgu sanitarnego, mianowicie: Brzozów, Dąbrowa, Kamionka, Krosno, Limanowa, Mielec, Przeworsk, N. Sącz, Pilzno i Wieliczka.

Z końcem r. 1900 było w 64 gminach 79 lekarzy gminnych (czytaj miejskich), przybyło zaś 2, t. j. w Myślenicach i Żabnie.

Pocieszającym jest fakt, że pojedyncze gminy tworzą coraz częściej posady położnych gminnych. Natomiast posady położnych okręgowych bywają często przez nie opuszczane, gdyż nie dają im dostatecznego dochodu. Toteż w 1900 r. aż 66 z 449 położnych okręgowych opuściło swe posady.

15. Krajowa rada zdrowia

odbyła w ciągu r. 1900 jedenaście posiedzeń, na których wydano opinię, względnie powzięto uchwały, w 59 różnych sprawach, jakoto: potrzeby otwarcia nowych aptek, nowych okręgów sanitarnych, budowy szpitali, szkolnych i t. d.

16. Wnioski c. k. kraj. Rady zdrowia.

„Opierając się na motywach, przytoczonych po części w niniejszem Sprawozdaniu, po części w sprawozdaniach z lat poprzednich, przedstawia c. k. kraj. Rada zdrowia celem poprawy stosunków zdrowotnych“ szereg wniosków odpowiednim władzom.

Wszystko to starzy nasi znajomi, bo pierwsze 22 wnioski są dosłownem powtórzeniem ze Sprawozdania z 1899 r., a przeważna ich część powtarza się nawet po 7-my lub 8-my raz. Toteż odsyłamy czytelnika do uwag, które poczyniliśmy przy każdym z nich z osobna w roku poprzednim („Przegl. lek.“ z roku 1903, Nr. 22 str. 328). Tutaj przytaczamy tylko nowo przybyłe dwa wnioski, a mianowicie:

„23. Po dziesięcioletniem doświadczeniu co do skutków pożyteczności ustawy zdrojowej z 4 listopada 1891 (dz. ust. i rozp. kraj. l. 80) należy zbadać, o ile ustawę tę należałoby zmienić, aby osiągnąć szybszy rozwój naszych zdrojowisk i uzdrowisk. Stosownie do zmiany ustawy zdrojowej należałoby potem zmienić statuta dla poszczególnych zdrojowisk i instrukcye dla lekarzy zdrojowych.

24. W celu przyspieszenia organizacyi służby zdrowia w gminach należy co rychlej utworzyć fundusz emerytalny dla lekarzy okręgowych i gminnych ze współudziałem funduszu krajowego, powiatowego, gminnego i lekarzy samych, aby ci lekarze po wysłużeniu 35 lat służby mieli prawo do pełnej emerytury, a w razie wcześniejszej niezdolności do pracy, do emerytury, stosownie do ilości lat służby, a po ich śmierci prawo do zaopatrzenia wdów i sierot, oraz do kwartału pogrzebowego“.

Sprawozdanie kończy się całym szeregiem tablic statystycznych.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Lekarze, a reforma ubezpieczenia robotniczego. W dniu 8 b. m. odbyło się posiedzenie komisyi, wybranej z łona stałej Rady pracy, komisyi, która wyłącznie zajmuje się sprawą ubezpieczenia robotniczego; obecnie zatem radzi nad reformą ubezpieczenia, przedłożoną niedawno przez rząd. Ostatnie posiedzenie dało sposobność lekarzom do złożenia swoich oświadczeń, rad i wskazówek w omawianej sprawie. Wypytywano ich bowiem w różnych kwestyach, które dotykają jużto interesów zawodowych lekarskich, jużto owych zakresów higieny społecznej, gdzie wyrokować mogą tylko lekarze na podstawie swoich doświadczeń. Powołano do tej ankiety przedstawicieli Izb lekarskich, delegatów lekarskich wiedeńskich Kas chorych, jednego lekarza Kasy brackiej i zawodowego higienika. Ci przedstawiciele stanu lekarskiego złożyli swoje oświadczenia na przedłożone im pytania i jednogłośnie oświadczyli się za rozszerzeniem obowiązku ubezpieczenia poza granice, wytknięte przez projekt rządowy, na wszystkie niesamodzielnie zarabiające osoby, które istotnie ochrony tej potrzebują. Szczególnie zwracali lekarze uwagę na potrzebę ubezpieczenia osób, zajętych na roli i w gospodarstwie leśnem, co leży zarówno w interesie własnym osób, ewentualnie ubezpieczonych, jak i ogólnej zdrowotności. Dalej żądali lekarze oznaczenia granicy dochodów, poza którą nie wolno będzie korzystać nikomu z ubezpieczenia, przyczem wyraźnie podnosili, że granica dochodów powinna być inną dla miast, inną dla wsi. Ogólne uznanie lekarzy znalazła myśl, żeby do Kas chorych w przyszłości i rodziny ubezpieczających się wciągnąć. Co do stosunku między lekarzami a Kasami chorych oświadczyli się delegaci Izb lekarskich za względnym wolnym wyborem lekarzy i wyrazili życzenie, żeby w przyszłości zamiast układów między Kasami a poszczególnymi lekarzami obowiązane były Kasy do zawierania umów zbiorowych z organizacyami lekarskiemi. *Stahr.*

IX. Wiadomosci bieżące.

Kraków, 7 grudnia.

* Dnia 2 b. m. ukonstytuowała się Izba lekarska zachodnio-galicyjska. Rząd na tem posiedzeniu zastępował starszy lekarz powiatowy dr. G. Bielański. Prezydentem Izby na dalsze trzechlecie wybrany został prof. dr. B. Wicherkiewicz; wiceprezydentem — dr. St. Schöngut; do Wydziału weszli: dr. J. Różecki (skarbnik), dr. A. Langie (sekretarz) i dr. Łodziński z Myślenic. Delegatem do krajowej Rady Zdrowia wybrany został dr. Dietzius z Jarosławia, jego zastępcą dr. St. Jabłoński z Rzeszowa. Do Komisyi weryfikacyjnej weszli: dr. L. Cwiklicer z Dobromila i dr. Wł. Rogalski z Tarnowa.

Wyrażając nowowybranej Izbie najszczersze życzenia, by na ugorze stosunków naszych zdobyła jak najwięcej plonu dla poprawy bytu stanu lekarskiego, rozstać się nie możemy i nie powinniśmy z Izbą ustępującą bez wyrażenia szczerze odczutej wdzięczności dla dr. J. Walczyńskiego, ustępującego prezydenta Izby. Wybrany przy zawiązywaniu Izb lekarskich w Austryi, był on w ciągu 10 lat najczynniejszym i najpożyteczniejszym członkiem Izby zachodnio-galicyjskiej. Przed trzema laty, gdy śmierć prof. Trzebickyego pozbawiła Izbę krakowską nietylko prezydenta, ale jedynego miejscowego członka, który był obeznany z regulaminem Izby i procederem jej działania, dr. Walczyński, ulegając ogólnej prośbie członków Izby, przyjął prezydenturę pomimo, że mieszkając stale w Tarnowie, brał na swoje barki trud niepomiernie wielki, a obowiązek ciężki i odpowiedzialny. Jeśli ofiara czasu i spokoju, srodze burzonego przez rządzenie z daleka, już sama przez się zasługuje na wdzięczność, to z drugiej strony wybitne zalety umysłu i charakteru dr. Walczyńskiego, jak wysoko pojęta delikatność i wyrozumiałość w traktowaniu spraw w Radzie honorowej, szczere altruistyczne odczucie niedoli kolegi w chorobie lub niedostatku, niezrównany takt i równowaga w przewodniczeniu Izbie, wreszcie jego pracowitość, zapobiegliwość i gorliwe wysiłki, by stanowi lekarskiemu zapewnić szacunek z jednej strony, a poprawę bytu z drugiej, — zasłużyły na to, by spełniając obowiązek prostej sprawiedliwości, wyrazić dr. J. Walczyńskiemu w imieniu ogółu lekarzy, przynależnych do Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej, szczerze odczutą wdzięczność i tak dobrze zasłużone uznanie.

* Z łaskawie nadesłanego nam przez prof. S. Zaleskiego projektu statutu dowiadujemy się o rozpoczętych krokach w celu założenia „Związku polskiego przyrodników i lekarzy w Petersburgu“. Cel tego Związku jest następujący: 1) służyć jako ognisko do łączenia się polskich lekarzy i przyrodników na gruncie wszechstronnego rozstrząsania zagadnień, odnoszących się do wszystkich gałęzi teoretycznego i zastosowanego przyrodoznawstwa, umiejętnej i praktycznej medycyny, a także, spraw, mających styczność z warunkami narodowymi, zawodowymi i społecznymi bytu lekarzy i przyrodników polskich; 2) rozszerzać wiadomości fizyograficzne, sanitarne i lekarskie w Polsce wogóle i o polskich działaczach na arenie wiedzy i oświaty w szczególności; 3) badać Polskę i kraje ościenne pod względem historyczno-przyrodniczym, archeologicznym, etnologicznym, sanitarnym i lekarskim; 4) popierać urządzenia rządowe i zabiegi prywatne w rozwiązaniu zagadnień, odnoszących się do wszystkich gałęzi umiejętnej i praktycznej medycyny i przyrodoznawstwa; 5) organizować bezpłatną opiekę lekarską dla osób niezamożnych; 6) dążyć do poprawy bytu lekarzy.

Mieliśmy zawsze należyte poważanie dla nauki i pracy grona lekarzy-polaków, zajmujących rozmaite stanowiska w Petersburgu i stale tam przebywających. Może zbyt trudne warunki do zdobycia w drodze doboru tych stanowisk, przeważnie naukowych, stały się powodem, że zastęp ten wytworzył w sobie mocny hart, wyższe uzdolnienie i wzniosłe dążenia, a tę ostatnią kwalifikacyę dopatrujemy właśnie w szlachetnym zamiarze zawiązania stowarzyszenia naukowego, o którem wyżej mowa. Zaledwo „pod słońcem swobody“ prysła „ścięta mrozem kaskada“, o której pisze poeta w III części „Dziadów“, zaledwo opadły więzy z ramion, a myśl rozkuta wzniosła się ponad szary poziom codziennego bytu, lekarze i przyrodnicy nasi już zabrali się zbiorowo do rewindykacyi stanowiska polskiego w nauce, już nakreślili plan badań i dociekań na arenie duchowej. I to wszystko nie dzieje się nad Wisłą lub Wartą, lecz nad Newą, w krainie obcej duchem i klimatem, „gdzie grunt nie daje owoców ni chleba“. Czyn petersburskich lekarzy i przyrodników napoi otuchą każdą światłą duszę polską, stanie się drogowskazem i przykładem dla wszystkich i jak w baśni o śpiących pod Wawelem rycerzach będzie sygnałem i pobudką, która ocknie przebywających w przymusowym śnie do życia i działania.

* Prezydyum krak. Towarzystwa lekarskiego wręczyło starszemu Radcy Namiestnictwa, Saaremu, adres uznania za jego chętną, życzliwą i nader korzystną pomoc fachową przy budowie własnego domu Towarzystwa.

* Lekarzem okręgowym w Świątnikach Górnych mianowany został dr. Höflich dotychczasowy lekarz w Warężu.

* W ostatnim Nr. „Przeglądu higienicznego“ prof. dr. Szpilman zawiadamia, że dla braku czasu nie może dłużej redagować tego czasopisma. Na następców ustępującego redaktora Komitet redakcyjny powołał prof. dr. M. Grabowskiego i doc. dr. K. Panka.

Profesorowi Szpilmanowi należy się szczera i zasłużona wdzięczność za kilkoletnie prowadzenie „Przeglądu higienicznego“.

* W m. marcu 1906 r. odbędzie się w Dreznie Zjazd Towarzystwa balneologicznego berlińskiego w połączeniu z centralnym Związkiem balneologów austryackich. Zgłoszenia odczytów i demonstracyi należy przysłać najpóźniej do 15 stycznia 1906 r. pod adresem sekretarza Związku balneologów austryackich doc. dr. Ullmanna (Wiedeń I, Judenplatz, 5).

* Na posiedzeniu Rady opiekuńczej sanatoryum w Alland zdał sprawę prof. Weichselbaum z wyników leczenia w tym zakładzie: według sprawozdawcy wyniki te są równie pomyślne, jak w najlepiej urządzonych sanatoryach niemieckich.

* Na Instytut dla badania raka w Heidelberdze zebrano do tej pory 700,000 M. — Budowa tego zakładu tak postąpiła, że będzie już otwarty we wrześniu 1906 r.

* Dnia 23 listopada b. r. wyszło rozporządzenie ministeryalne, dotyczące warunków higienicznych życia i zdrowia robotników. Takie same rozporządzenie z przed 20 lat dotyczyło tylko ogólnych zasad; obecnie wydane obejmuje szczegóły dotyczące warunków mieszkania i życia robotnika. W dalszym ciągu rozporządzenie ministeryalne nakłada na fabryki obowiązek zabezpieczania pojedynczych narządów ustroju robotnika, a względnie od zatrucia ogólnego, a to zapomocą wyszczególnionych w rozporządzeniu licznych środków ochronnych, a mianowicie: okularów, masek szklanych, respiratorów napojonych przetworami zobojętniającymi, sieci i przegród zabezpieczających i t. d. Prócz tego fabryki mają posiadać zbiór środków natychmiastowego ratowania, oraz przyborów opatrunkowych, jak niemniej mieć na miejscu kierowników, obeznanych z zastosowaniem tych środków i przyrządów.

* Między 12 a 18 listopada zdarzył się jeden przypadek ospy w Galicyi w Tarnobrzegu, oraz stwierdzono nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach: brzeżańskim, kałuskim (po 1 gminie), kamioneckim (2 gm.), nadwórniańskim, przemyślańskim i stryjskim (po 1 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Burdon-Sanderson prof. medycyny w Oxfordzie. Dr. Jan Sieczenow, znakomity fizyolog — w Moskwie. Dr. Ziegler, prof. anatomii patologicznej — w Freiburgu.

Bibliografia:

Czasopism z Królestwa Polskiego — nie otrzymaliśmy.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 12. Barczewski: Znaczenie zdrowotne regulacyi miast. Szulisławski: Z higieny oka. O ostrym śluzoropotoku spojówek i ochronie oczu niemowląt (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 23 zawiera: Walka z cholerą w Królestwie Polskiem. — Znaczenie higieny w szkolnictwie. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w roku 1905 (c. d.). — Historya sporu lekarzy z technikami dentystycznymi (dok.). — W sprawie „Związku prasy lekarskiej polskiej“. — Odcinek.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 11. Kessler: Albuminuria intermittens. Helbich: Ovinech maltonových.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 48. Krále: O stavech úzkostných. Babák: Výzkumy o proměnlivosti zažívací roury vlivem potravy (dok.). Frankenberger: Vrozená atresie hrtanu (c. d.). Vyšin: Případ intersticiálního emfysemu u dítěte.

— *La Presse médicale* Nr. 94. Letulle: Badania szczytu płucnego. Vacher: Niewydolność oddechania nosowego, jej postacie, przyczyny i następstwa. — Nr. 95. Guyon: Klinika chorób dróg moczowych. Edukacya kliniczna. Desfosses: Sieć naczyń chłonnych nosa i jam nosowych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 48. Curschmann: Przemieszczenie tchawicy i krtani w następstwie pewnych zmian w narządach klatki piersiowej. Riedel: Skręcenie przyczepka sieciowego i jego następstwa. Klapp: Uruchomienie bocznego skrzywienia kręgosłupa zapomocą metody czynnej. Danielsen: Znaczenie dla chirurgicznych poliklinik i lekarzy praktykujących zastosowanego leczenia ostrych zapaleń. Prym: Leczenie chorób zapalnych migdałków zapomocą przyrządów, wywołujących przekrwienie. Reeb: Pubiotomia pod względem klinicznym i technicznym. Liepmann: Lewa półkula mózgowa a czynność człowieka. Gross: Powikłanie płonicy żółtaczką. Wagner: Ilościowe oznaczanie cukru w moczu i jego kliniczne znaczenie, oraz opis nowego przyrządu do kiśnienia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 48. Klein: O wpływie hemolitycznych „komplimentów“ zapomocą aglutynacyi i precypitacyi. Wrzosek: O hodowaniu beztlenowców bezwzględnych w pożywkach z wolnym dostępem powietrza. Suess: O anatomicznem piętnie wrodzonego usposobienia do gruźlicy. Fink: Sprawozdanie o dalszych operacyach kamieni żółciowych. Bukowski: O przeciwpłoniczej surowicy Mosera.

Deutsche med. Wochenschrift Nr. 48. Loeffler: Szczepienie ochronne przeciw zarazie pyskowej i racicowej. Loevy: Zaburzenia w przemianie substancyi białkowatych w klimacie wysoko górskim. Mezincescu: Prątki rzekomogruźlicze w rozpoznawaniu gruźlicy. Elsaesser: Kliniczne spostrzeżenia nad leczeniem neotuberkuliną i doniesienie o jednym przypadku obustronnej gruźlicy tęczówki, wyleczonej zapomocą dawniejszej tuberkuliny. Garré: Wskazania do zachowawczego a operacyjnego leczenia gruźlicy stawów (dok.). Wiesinger: Kamień żółciowy jako przyczyna niedrożności jelit bez poprzedniego wykazalnego zaburzenia w drogach żółciowych. Urbantschitsch: Leczenie przewlekłego zapalenia ucha środkowego (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 48 (od dnia 26/XI do 2/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 25, dziew. 26; nieżywo: chł. 1. dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 14. kob. 18; zamiejscowych: męż. 15, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 7. ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. ,— ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 8, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Z krajowych gałęzi przemysłu lekarskiego ma za sobą najpoważniejszą tradycyę wyrób narzędzi chirurgicznych i innych lekarskich, gdyż najstarszy warsztat wyrobów tych w naszym kraju należy do firmy **A. Biasiona w Krakowie,** założonej jeszcze w roku 1801, przed wiekiem przeszło, i przodującej w tym dziale do dziś dnia, jak świadczą nagrody i odznaczenia na wszystkich wystawach krajowych począwszy od r. 1872, których wraz z dyplomem ministerstwa handlu otrzymała ta fabryka jedenaście.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Woda Krościeńska ze zdroju Stefana

o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.

Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny: Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

Unguentum Heyden

Maść z **kalomelolu** (Calomel colloidale) do **przeciwkiłowych** wcierań (*Neisser*). Nie brudzi skóry, ani bielizny. Łatwo się wciera (najwyżej w ciągu 15 minut). Dawka pojedyncza 6 gr.

W podzielonych rurkach rozsuwanych po 30 i 60 gr.; z powodu czułości maści należy unikać przepisywania w pojedynczych dawkach.

Novargan

Najbardziej **niedrażniące Antigonorrhoicum** wśród **przetworów srebrowych.** Niezwykle bakteryobójcze. **„Obecnie najlepszy lek w ostrym wiewiórze".** Do wstrzykiwań roztwór 0,2 – 0,5—1%. W przypadkach zupełnie świeżych możliwe leczenie poronne: 15% roztwór (0,5 cm³) do wkraplań.

Roztwór przyrządzać na **zimno**; do przepłukiwania pęcherza można ogrzać do 40°.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 a

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.



FORMAN.

(Chlormethylmenthyleter $C_{10}H_{19}OCH_2Cl$.)

Przeciw katarowi! Przez wielu lekarzy klinicznie wypróbowany i używany jako swoisty, **idealny lek w katarze.** Polecany jako środek ochronny i kojący w grypie. Sposób zastosowania: Jako zapobiegawczy lub w lekkich postaciach nieżytowych formanowa wata. W cięższej postaci nieżytu formanowe pastylki do wziewań za pomocą formanowego naczynia do wziewań. Użyty stosownie nie zawodzi. *Próbki i literatura opłatnie.*

DREZDEŃSKIE CHEMICZNE LABORATORYUM LINGNER, Drezno.

Filia dla Austro-Węgier: K. A. LINGNER Bodenbach n. E. (Podmokłe).

156 b

RONCEGNO

Naturalne wody arsenowo-żelaziste znane i uczęszczane od r. 1856.

Stosowane z najlepszym wynikiem i przez cały rok także i w leczeniu **domowem** we wszystkich krajach, zalecane przez poważni lekarskie w **niedokrwistości, blednicy, chorobach krwi, zimnicy** i jej następstwach, chorobach **skórnych, nerwowych** i **kobiecych,** chorobie **Basedowa** i t. d.

Do nabycia w każdej aptece. 25 b.

STANISŁAW GURGUL

CES. i KRÓL. DOSTAWCA DWORU

w JAROSŁAWIU

POLECA WŁASNEGO WYROBU

POLECA WŁASNEGO WYROBU

MĄCZKĘ ODŻYWCZĄ DLA DZIECI.

WYCIĄG ZE SPRAWOZDANIA Doc. Dra IGNACEGO LEMBERGERA: 166

Mączka ta ulega łatwo i prawie całkowicie strawieniu, jak to wykazała próba trawienia sztucznego, przy której 93·36% uległo strawieniu. — Mączka ta wyszczególnia się nadto tem, że zawiera wielką ilość istot, ulegających strawieniu w żołądku dzieci nawet w tym wieku, kiedy zdolność trawienia istot skrobiowatych u tychże jest jeszcze minimalną. Ilość bowiem istot skrobiowatych w mączce badanej wynosi tylko 34·585%, gdy 56·61% istot nie licząc wody i soli mineralnych, przypadających na istoty białkowate, tłuszcze i cukry, ulegną wchłonieniu nawet u niemowląt w pierwszym okresie ich życia. Pod tym też względem przewyższa mączka dla dzieci ST. GURGULA podobny przetwór zagraniczny, a mianowicie mączkę KUFEKA.

Kraków, 28 maja 1905. Doc. Dr. IGNACY LEMBERGER.

Biszkopty, chleb, wszelkie pieczywa dla diabetyków.

Wynik analizy w porównaniu z wszystkiemi znanemi zagr. przetworami mączki dla dzieci, wysyła się na życzenie odwrotnie.

Przybywanie białka krążącego

pod działaniem Sanatogenu — por. Therapie der Gegenwart No. 10, rocznik 1904. Wskutek swego zarazem wybitnie neurotonicznego działania wywiera Sanatogen znakomity skutek odżywczy i sprawia szybkie wzmaganie się sił. Sanatogen wcale nie działa drażniąco i dlatego znosi go doskonale każdy organizm. Piśmiennictwo i próbki PP. Lekarzom rozsyła się na każde żądanie.

Bauer & Cie., Sanatogen-Werke, Berlin SW. 48.

24

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum". Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to. 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: **oryginał Matula**. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej **w aptece Konstantego Wiszniewskiego** w Krakowie.

Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Dr. UHMY
PUDER NA WŁOSY w płynie.

Doskonale odtłuszcza i odkaża skórę, zapobiega wypadaniu włosów, wzmacnia ich porost. — Do nabycia w zasobniejszych aptekach, droguer yach i składach perfum. W Krakowie: W. Redyk, Reim i K. Wiśniewski; we Lwowie: Hay, Mikolasch; w Wiedniu: Nieust. Wyst. Zw. prz. I. Spiegelg. 21. 175

LOTERYA GWIAZDKOWA

na rzecz funduszu wdów i sierót austryackiego związku towarzystw lekarskich.

1500 wygranych — **wartości 50.000 K.**

3 główne wygrane 25,000, 5000 i 1000 K.
wypłacane być mogą na żądanie 110

w gotówce

Cena Losu 1 Korona. — Nabyć można we wszystkich kantorach wymiany, trafikach i biurach loteryjnych.

Ciągnienie 4 stycznia 1906.

Leukrol. Nowy, epokowy środek leczniczy, działa zdumiewająco szybko i bezwzględnie pewnie w **blednicy, niedokrwistości i wszystkich z tego wynikłych stanach.** Szybkością i skutecznością działania przewyższa wszystkie dotąd znane i stosowane środki, jakkolwiek się nazywają i z czegokolwiek są złożone. **Jedyny wewnętrzny lek swoisty, działający niezawodnie, a uderzająco w upławach białych nietryprowych.** Dawka: Kołaczyków 5—6 na dzień. Wyciągu płynnego 4 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej.

Haemorrhoisid. Nowy lek wewnętrzny, działający szybko i bezwzględnie pewnie przeciw **krwawnicom**, których uciążliwe objawy w 2—4 tygodni zupełnie usuwa. Dawki: Kołaczyków 3 na dzień. Wyciągu płynnego 3 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej.

Thiovinal, zalecany przez lekarzy we wszystkich chorobach dróg oddechowych, nieżycie oskrzeli, gruźlicy płuc i t. d.

Extr. fluid. Orthos. Od wielu lat wypróbowany, znakomity lek przeciw **kamieniom nerkowym, żółciowym, pęcherzowym, nieżytowi pęcherza, zatrzymaniu moczu** i t. p., przewyższa wybornem działaniem znacznie najużywańsze wody mineralne. Dawka: 4 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej w filiżance ogrzanej wody.

Nirvenol. Działa uderzająco szybko w **gośćcu, dnie,** usuwa szybko bole po **stłuczeniach, wykręceniach, naciągnięciach mięśni i t. p.** Stosuje się jako wcieranie.

Piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom. — Sprzedaż tylko aptekom. —

Skład główny: G. & R. FRITZ, Wiedeń I. Bräunerstrasse 5, Droguerya en gros. 31

CHEMISCHE FABRIK ERFURT, G. m. b. H., ERFURT-ILVERSGEHOFEN.

Nawet najwybredniejszych smakoszy potrafią zadowolnić Tutki cygaretowe

FRAM

z watą „Salvesol-Noris“

Bibułka zrobiona jest z najdelikatniejszych włókien liści morwowych, więc nic dziwnego, że pali się lekko i równo, a dym jest łagodny i chłodny. Własność tę podwyższa jeszcze umieszczona w ustnikach **»Wata Salvesol«.**

Nadaje się do tytoni lekkich, mniej do średnio-mocnych — wskutek swego nader delikatnego włókna roślinnego. — Każdy palący tytoń, chcąc uniknąć zatrucia **nikotyną,** winien palić tylko w cygarniczkach szklanych z watą „Salvesol“. 74 b

Oryginalny pakiecik „Waty Salvesol“ wystarcza na 200-400 papierosów lub cygar.

1000 sztuk tutek „FRAM“ 3 korony, 10 Cygarniczek 1 kor. 20 h. Pakiet waty „Salvesol“ 30 lub 60 h.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.
Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.
Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.
Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.
Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku. 159
Dwie flaszki wysyłam franco
(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

Dla Pań!

Higieniczne opaski menstruacyjne, pasy brzuszne poporodowe i zwykłe poleca jako specyalność

Skład Apteczny 213

mag. farm. **JADWIGI KLEMENSIEWICZOWEJ**

w Krakowie, Karmelicka 15.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety.

Odznaczone kilkakrotnie. — **Przeszło 3500 orzeczeń lekarskich.** — Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki. 21

J. Serravallo * Triest-Barcola.

Jadwigi Mayównej

Zakład gimnastyki 211

szwedzkiej, zdrowotnej, ortopedycznej i massażu pod kierunkiem prof. Dr. KADERA, dyrektora kliniki chirurgicznej.

Kraków, ul. św. Tomasza l. 18.

UPRASZA się PP LEKARZY ZAPISYWAĆ ZAWSZE **PIGUŁKI BLANCARD'A** Aprobowane przez Akademię Medyczną w Paryżu. i **SYROP** w **PARYŻU** w **BLADACZCE LYMFATYZMIE BLADOŚCI CERY SIFILISIE ORGANICZNYM** Blancard 40, Rue Bonaparte PARIS

Jedyne zespolające się z organizmem i skuteczne.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. d.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 157

Cena flaszki 1 K. 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

172

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“

PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

0 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca:

ustalonej sławy

WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

ALFRED BIASION

OPTYK C. K. KLINIKI OKULISTYCZNEJ UNIW. JAG.

w Krakowie, plac Szczepański 1.

Magazyn założony w roku 1801. Odznaczony 10. medalami złotymi i srebrnymi i Dyplomem honorowym Ministerstwa handlu. Instrumenta optyczne, fizyczne i matematyczne. Główny skład na Galicyę oczów sztucznych ludzkich. Fabryka narzędzi chirurgicznych, ortopedycznych i bandaży. Środki opatrunkowe do pielęgnowania chorych. Dzwonki, przyrządy elektryczne, aparata elektryczne lekarskie. Pończochy gumowe patentowane belgijskie na żylaki 210

Ceny zniżone, konkurencyjne. — Ekspedycya dokładna.



Fosfatyna Faliera

(Phosphatine Falières)

przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rozwijania się.

Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach. 62

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8,50, z przesyłką pocztową Rbs. 9.

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

„HYGEA“ CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie **za najlepsze i najtańsze**

w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden“), duotalem („Heyden“), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów, upraszam dodawać na receptach: „**fabr. ZAHRADNIK in scat. orig**“.

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK“.

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej. „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej“.

Proszę przepisywać i żądać tylko: 152

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK“.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.